

# **MUSTA MIELI, HARMAA MAAILMA**

## **Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutus varhaiseen vuorovaikutussuhteeseen**

Hanne Paukkila

Opinnäytetyö

Helmikuu 2012

Hoitotyön koulutusohjelma

Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

PAUKKILA HANNE

MUSTA MIELI, HARMAA MAAILMA

Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutus varhaiseen vuorovaikutussuhteeseen

Opinnäytetyö 93 s, liitteet 20 s

Helmikuu 2012

---

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutusta varhaiseen vuorovaikutussuhteeseen.

Opinnäytetyön teoreettisessa lähtökohdassa perehdytään naisen oireisiin synnytyksen jälkeisissä psyykkisissä häiriöissä, äitiyteen, kiintymyssuhteeseen, lapsen normaaliin kasvuun ja kehitykseen sekä vauvan masennukseen.

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä kätilöiden, sairaanhoitajien sekä opiskelijoiden osaamista ja valmiutta kohdata synnytyksen jälkeiseen masennukseen sairastuneita äitejä. Lisäksi haluan lisätä heidän kanssaan työskentelevien tietoisuutta synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivien äitien kokemuksia imeytyksestä.

Tutkimus oli kvantitatiivinen eli määrällinen. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin sähköpostikyselyä, joka koostui 19 strukturoidusta ja 1 avoimesta kysymyksestä. Lisäksi osaan strukturoituun kysymykseen oli mahdollisuus selventää vastaustaan. Kyselylomakkeet lähetettiin Äimä ry: n kautta heidän jäsenille. Vastauksia sain 46 jäseneltä.

---

Asiasanat: äitiys, herkistyminen, masennus, psykoosi, kiintymyssuhde, lapsen normaali kasvu ja kehitys, vauvan masennus

## ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences (TAMK)

Degree Programmer in Nursing and Health Care  
Midwifery

PAUKKILA HANNE

MIND BLACK, GREY WORLD

Mother's Postpartum Depression, the Interaction Effect of Early Relationship

Bachelor's Thesis 93 pages and appendices 20 pages.

February 2012

---

Purpose of this study is to describe the impact of postpartum depression in the early interaction between the relationships. Theoretical starting point of the thesis focuses on women's symptoms of post-natal psychiatric disorders, motherhood, attachment, the child's normal growth and development as well as the baby of depression.

The aim of the thesis is to increase the midwives, nurses and students, know-how and capability to meet on post-natal depression, ill mothers. I would also like to add them working in the awareness of people suffering from postpartum depression after the mothers' experiences of breastfeeding.

The study was quantitative. Data collection method used was e-mail questionnaire, which consisted of 19 structured and one open question. In addition, part of a structured question was an opportunity to clarify their answer. The questionnaire was sent to Mother from the Association of Depression members. I received answers from 46 members.

The survey results showed that the postpartum depression experienced mothers rooming-in experience was affected departments and clinics as well as support and control baby eating and sleep problems

---

Keywords: maternity, sensitivity, depression, psychosis, attachment, the child's normal growth and development, infant depression

SISÄLLYS	4
<b>1 JOHDANTO</b>	<b>7</b>
<b>2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET</b>	<b>10</b>
<b>3 NORMAALI RASKAUS, SYNNYTYS JA LAPSIVUODEAIKA</b>	<b>11</b>
3.1 Raskaus	11
3.2 Synnytys	13
3.3 Lapsivuodeaika	13
<b>4 ÄITIYDEN TILA</b>	<b>15</b>
<b>5 NAISEN OIREET SYNNYTYKSEN JÄLKEISISSÄ PSYKKISISSÄ HÄIRIÖISSÄ</b>	<b>17</b>
5.1 Käsitteiden määrittelyä	17
5.2 Synnytyksen jälkeinen herkyys	18
5.3 Synnytyksen jälkeinen masennus	19
5.3.1 Masennuksen syitä on useita	22
5.3.2 Masentuneen äidin hoito	24
5.4 Lapsivuodepsykoosi	29
5.4.1 Lapsivuodepsykoosin syitä ja riskitekijöitä	30
5.5 Yhteenvetoa synnytyksen jälkeisistä psyykkisistä vaikeuksista	31
<b>6 KIINTYMYSSUHTEEEN KEHITYS ÄIDIN JA LAPSEN VÄLILLÄ</b>	<b>33</b>
6.1 Tunnesiteen muodostuminen	35
6.1.1 Erityinen tuoksu	35
6.1.2 Äänen voima	36
6.1.3 Tunnesiteen perusta	36
<b>7 Äidin ja lapsen varhainen vuorovaikutus</b>	<b>38</b>
7.1 Varhaisen vuorovaikutuksen merkitys lapsen kehitykselle	42
7.2 Äiti-lapsisuhteeseen vaikuttavia tekijöitä	43
7.2.1 Imettämisen merkitys äiti-lapsi suhteelle	45
7.2.2 Vuorovaikutustanssi äidin ja lapsen keskustelun välineenä	47
<b>8 LAPSEN NORMAALI KASVU JA KEHITYS</b>	<b>48</b>
8.1 Lapsen fyysinen ja motorinen kehitys	48
8.2 Lapsen kognitiivinen kehitys	50

8.3 <i>Sensomotorinen vaihe</i>	5 51
8.4 <i>Lapsen kielellinen kehitys</i>	51
8.5 <i>Psyykkinen kasvu ja kehitys</i>	52
8.5.1 <i>Psyykkisen kehityksen edellytykset</i>	52
8.5.2 <i>Psyykkisen kehityksen kulku</i>	53
8.6 <i>Aivojen kehitys</i>	54
8.6.1 <i>Aivorungon kypsyminen</i>	56
8.6.2 <i>Tunneaivokuoren kehittyminen ja kypsyminen</i>	56
8.6.3 <i>Ajattelevan ja yhdistelevän aivokuoren kehitys</i>	57
<b>9 VAUVAN MASENNUS</b>	<b>61</b>
9.1 <i>Vauvan masennuksen tunnistaminen</i>	61
9.2 <i>Vauvan masennuksen hoito</i>	63
9.3 <i>Vauvaiän peilaus</i>	66
<b>10 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSMENETELMÄT</b>	<b>67</b>
10.1 <i>Tutkimuksen toteutus</i>	67
10.2 <i>Tutkimuksen kohderyhmä</i>	68
10.3 <i>Aineiston analysointi</i>	69
<b>11 TUTKIMUKSEN TULOKSET</b>	<b>70</b>
11.1 <i>Vastaajien taustatiedot</i>	70
11.2 <i>Raskausaika ja synnytys</i>	73
11.3 <i>Varhaisruokinta</i>	76
11.4 <i>Imetys vierhoito-osastolla</i>	77
11.5 <i>Vierihoito-osaston tuki</i>	78
11.6 <i>Neuvolan tuki</i>	79
11.7 <i>Vertaistukiryhmien tuki</i>	80
11.8 <i>Läheisten tuki</i>	81
11.9 <i>Ruokailu- ja unitilanteet</i>	81
11.10 <i>Lapsen syömis- ja uniongelmien vakiintuminen</i>	82
11.11 <i>Yhteenvedoa tutkimustuloksista</i>	83
<b>12 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA</b>	<b>85</b>
12.1 <i>Eettiset kysymykset ja tutkimuksen luotettavuus</i>	85

	6
12.2 Pohdintaa	86
12.3 Jatkotutkimusaiheita	86
<b>13 KÄTILÖTYÖN KEHITTÄMISTEHTÄVÄ</b>	<b>87</b>
<b>14 LÄHTEET</b>	<b>88</b>
<b>15 LIITTEET</b>	<b>95</b>
15.1 Liite 1: Saatekirje	95
15.2 Liite 2: Kyselykaavake	96
15.3 Liite 3: Kätilötyön kehittämistehtävän artikkeli	104

## 1 JOHDANTO

Lapsen syntymä on yleensä iloinen perhetapahtuma, mutta joskus äiti ei nauti-kaan äitiyden alkuvaiheista odottamallaan tavalla. Synnytyksen jälkeisen ma-  
sennuksen tunnistaminen on vaikeaa, koska oireet ovat hyvin tavallisia. Synny-  
tyksen jälkeiset psyykkiset häiriöt voidaan luokitella kolmeen ryhmään niiden  
vaikeusasteen mukaan: synnytyksen jälkeinen herkistyminen, synnytyksen jäl-  
keinen masennus ja synnytyksen jälkeinen psykoosi. Herkistymistä juuri sen  
yleisyyden vuoksi voidaan pitää naisen normaaliin elämään kuuluvana kehitys-  
kriisinä. Varsinaisesta masennuksesta kärsii 10–22 % äideistä. Lapsivuodepsy-  
koosi on harvinainen ja siihen sairastuu 0,1–0,2 % synnyttäneistä.

Synnytyksen jälkeisen masennuksen syitä ei tarkkaan tunneta, mutta siihen  
yhteydessä olevia tekijöitä tiedetään. Epäillään, että masennuksen käynnistää  
synnytyksen jälkeinen hormonimuutos, mutta sitä lisäävät äidin kokemukset eli  
ympäristötekijät. Riskitekijöinä voidaan nähdä mm. aikaisemmat mielenterveys-  
ongelmat, perheen epävakaa taloudellinen tilanne, elämänkumppanin puuttu-  
minen, kielteiset elämäntapahtumat ennen synnytystä sekä epärealistiset odo-  
tukset.

Synnytyksen jälkeinen masennus osuu hyvin merkittävään elämänvaiheeseen,  
eikä näin ollen ole aivan vähäinen ongelma. Hoitamattomana masennus vaikut-  
taa negatiivisesti lapsen kokonaisvaltaiseen kehitykseen. Ongelman tunnistami-  
nen ja äitien auttaminen ovat hyvin tärkeitä asioita. Siinä ei ole kyse ainoas-  
taan vain äidin mielenterveydestä vaan myös vastasyntyneen suotuisan psyyk-  
kisen ja fyysisen kehityksen alkuun saattamisesta ja tukemisesta. Mahdollisia  
hoitomuotoja lievemmissä tapauksissa ovat keskustelu ja käytännön tukitoimet  
mm. kotiapu, nukkumisvuorottelu unirytmien palauttamiseksi, vertaistuki ja aikui-  
nen vuorovaikutussuhde ovat apukeinoja. Keskivaikeassa ja vaikea-asteisessa  
masennuksessa tarvitaan ammattiapua, kuten erilaiset terapiat, lääkehoito ja  
sairaalahoido.

Äidin ja lapsen vuorovaikutusta kutsutaan äiti-lapsisuhteeksi. Se on äidin ja lapsen kaikkea käyttäytymistä sekä yhdessä että erillään tapahtuvaa toimintaa, jolla on välitön vaikutus toiseen. (Tamminen 1990.)

Opinnäytteen teoreettisessa osassa käsittelin nykytiedon mukaisia käsityksiä synnytyksen jälkeisissä psyykkisissä häiriöissä, kiintymyssuhteessa, lapsen normaalissa kasvussa ja kehityksessä, lapsen normaalissa kasvussa ja kehityksessä sekä vauvan masennuksessa.

Opinnäytetyön tutkimusosan tarkoituksena oli selvittää masennuksen vaikutusta varhaiseen vuorovaikutukseen ja eritoten imetykseen. Kysely oli tehty yhteistyössä Äimä ry:n kanssa.

Opinnäytetyön tutkimusosan tarkoituksena oli selvittää masennuksen vaikutusta varhaiseen vuorovaikutukseen ja eritoten imetykseen. Tutkimukselle pyydettiin lupa Äimä ry:n hallitukselta ja tutkimusaineisto kerättiin Äimä ry:n rekisteröidyiltä jäseniltä. Yhdistys lähetti itse tutkimuksen saatekirjeen ja kyselykaavakkeen jäsenilleen sähköpostitse.

Monet äidit toivat lisäksi julki, että he kokivat huonoa omaatuntoa liian aikaisin imetyksen lopettamisesta. Mutta kun he olivat tehneet tämän periaatepäätöksen, he kokivat että vuorovaikutus lapseen korjaantui ja muuttui molempia tyydyttäväksi. Imetys muuttaa hormonitoimintaa, ja tämä tilanne saattaa aiheuttaa masennusta. Imetyksen lopettaminen ei välttämättä lopeta synnytyksen jälkeistä masennusta. Se riippuu siitä, missä masennuksen juuret loppujen lopuksi ovat.

Pullorumba ei välttämättä helpottanut väsyneen äidin tilannetta. Jos äiti sai apua kotitöihin, tukea ja imetyksen sujumaan, imetys antoi silloin hänelle myös lukuisia päivittäisiä lepohetkiä samalla kun se vahvisti äidin ja vauvan suhdetta.

Ajatus, joka myös tuli esille oli: kumpi oli ensin masennus ennen imetystä vai imetyksen epäonnistumisesta johtuva masennus



Voidaan myös sanoa, että vierihoito-osastojen kättilöillä, sairaanhoitajilla ja lastenhoitajilla sekä neuvoloiden terveydenhoitajilla on paljon tietoa imetyksestä ja sen ohjaamisesta. Kuitenkin aivan liian usein imetystuki jää vain korulauseiden varaan ilman todellista tukea ja ohjantaa.

Imetyskokemuksen myönteisyyteen on osaltaan vaikuttanut myös vauvan syömis-  
misen sujuvuus, nukkuminen sekä nukkumis- ja syömisrytmin vakiintuminen. Suurin osa oli kuitenkin sitä mieltä, että imetystilanteet ovat erittäin tärkeitä äidin ja lapsen yhdessäolon ja läheisyyden kannalta ja osalle ne olivat muodostuneet rasittaviksi ja vaikeiksi tilanteiksi

Raskauden aikana aloitettu imetysohjaus lisää imetystä ja tukee varhaista vuorovaikutusta. Imetysohjauksen tavoitteena on motivoida tulevia vanhempia imetykseen sekä tarjota käytännönläheistä tietoa siitä, miten imetys onnistuu. Myös lapsen isä on tärkeä huomioida raskaudenajan imetysohjauksessa, sillä hän on usein äidin tärkein tukija. Imetysohjausta annetaan tällä hetkellä äitiysneuvo-  
loissa vaihtelevasti.

## 2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITTEET

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutusta varhaiseen vuorovaikutussuhteeseen.

Opinnäytteen tehtävät:

Mikä on synnytyskokemuksen merkitys imetyksen onnistumiselle?

Minkälainen merkitys äidin vierihoito-osastolla ja neuvolassa saamalla tuella on imetyskokemukseen?

Miten merkittävä rooli vauva syömisellä ja nukkumisella on masentuneen äidin imetyksen onnistumiseen?

Opinnäytteen tavoitteena oli tuoda esille synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivien äitien kokemuksia imetyksestä.

### 3 NORMAALI RASKAUS, SYNNYTYKS JA LAPSIVUODEAIKA

Normaalin, täysiaikaisen raskauden kesto on 38–42 viikkoa ja se päättyy synnytykseen. Synnytyksen jälkeistä aikaa, jolloin naisen keho palautuu raskautta edeltäneeseen tilaan, kutsutaan lapsivuodeajaksi. (Eskola & Hytönen 1998,128.)

#### 3.1 Raskaus

Raskauden kestoksi on määritetty 280 vuorokautta, kymmenen raskauskaukautta tai 40 raskausviikkoa yhden raskausviikon ollessa seitsemän vuorokauden mittainen laskettuna naisen viimeisistä kuukautisista. Naisen koko elimistö reagoi raskauteen ja vaikutus todetaan lähes jokaisessa elinryhmässä. Hormonaalisten tekijöiden tilapäisestä vaikutuksesta muutoksia tapahtuu synnyttimissä, maitorauhasissa, virtsateissä, verenkierrossa, ruoansulatuskanavassa, ihossa, tukirangassa ja nivelissä, sydän ja verenkiertoelimistössä, aineenvaihdunnassa sekä painon ja turvotusten suhteen. (Eskola & Hytönen. 1998, 128, 236; Hartikainen ym. 1995,110–117; Paananen ym. 2007, 170.)

Raskausaika jaetaan kolmeen trimesteriin tai neljään vaiheeseen. Naisen kehossa tapahtuu paljon muutoksia alkuraskauden eli ensimmäisen trimesterin (1-14 raskausviikkoa) aikana mm. rinnat kasvavat ja aristavat, ruokahalu muuttuu, veriplasman määrä kasvaa, sileiden lihasten toiminta rauhoittuu, esim. vatsalaukun seinämässä (yksi syy pahoinvointiin) emättimen ja ulkosynnyttimien limakalvot muuttuvat, esiintyy kohdun kasvamisesta johtuvia vihlaisuja. Havahdusvaiheessa ambivalentit tunteet (mielialan ailahtelu) ulkonäön ja viehätysvoiman muuttuminen sekä seksuaalisen halukkuuden vaihtelut voivat tuoda parisuhteeseen ristiriitoja ja ahdistusta. (Eskola & Hytönen. 1998, 128; Paananen ym. 2007, 174–176.)

Keskiraskaudelle eli toiselle trimesterille (14–28 raskausviikkoa) ns. sopeutusvaiheelle tunnusomainen piirre on nautittavuus ja rauhallisuus. Alkuraskauden fyysiset oireet: väsymys ja pahoinvointi sekä psyykkiset oireet: tunteiden ailahtelu ja masennus vähenevät. Mutta raskauden etenemiseen liittyvät oireet, kuten närästys, ummetus, suonikohjut, kivuttomat supistukset ja tihentynyt virtsaamisentarve lisääntyvät. Raskauden ensimmäiset ulkoiset merkit ja sikiön liikkeiden erottaminen raskausviikoilla 18 - 20 tuovat vastuun todellisena esille ja sitouttavat äitiyteen. Keskittymisvaiheessa sikiö kasvaa nopeasti ja näkyvästi ja tällöin korostuu äidin kiintyminen lapseen ja toisaalta sikiön mieltäminen äidistä erillisenä. Nainen on valmiimpi muuttamaan elämäntapoja terveellisemmiksi ulkoilemalla, nukkumalla enemmän, syömällä monipuolisemmin ja vähentämällä nautintoaineiden käyttöä tai luopumalla niistä kokonaan. Hän haluaa suojella sikiötä kaikilta ulkopuolisilta vaaroilta. (Eskola & Hytönen 1998, 142, 243; Paananen ym. 2007, 176–178.)

Loppuraskaudessa eli kolmannessa trimesterissä sikiö kasvaa nopeasti ja lisää äidin kiintymystä lapseensa. Tässä ennakointi ja valmistautumisvaiheessa naisen elimistö ja sikiö valmistautuvat tulevaan synnytykseen. Nainen on fyysisesti väsynyt, mutta henkisesti kokee olevansa valmis synnytykseen. Liikkuminen on entistä hitaampaa ja vaikeampaa ja vatsan muoto muuttuu entistä ulkonevammaksi. Ennakoivat supistukset lisääntyvät ja sikiö laskeutuu kohdussa alemmaksi ja asettuu lopulliseen asentoonsa pää- tai perätilaan (harvoin poikkitilaan) ja kohdun muoto muuttuu entistä ulkonevammaksi. Lähestyvä synnytys pyörii mielessä yhä useammin ja synnytyksen kulkuun ja sairaalakokemukseen liittyy avuttomuutta ja tietämättömyyttä, mikä saattaa ahdistaa äidin mieltä. Odotusajan pelko saattaa muuttua jokapäiväistä elämää häiritseväksi synnytyspeloksi ahdistuksineen, joka on aiheellista selvittää ennen synnytystä avohoidossa tai äitiyspoliklinikassa. (Eskola & Hytönen 1998, 248; Paananen ym. 2007, 178–181; Ylikorkala & Kauppila 2008, 319.)

### 3.2 Synnytys

Synnytyksellä (partus) tarkoitetaan tapahtumaa, jossa kohdunsuu avautuu ja hedelmöityksen tuotteiden sikiön, istukan sekä kalvojen poistumista kohtuontelosta ulkopuoliseen ympäristöön. Ennenaikaisesta synnytyksestä puhutaan, kun raskaus päättyy lapsen syntymään 23–36. raskausviikolla. Täysiaikaisessa raskaudessa on raskausviikkoja kertynyt 37–42. Yliaikainen synnytys katsotaan tapahtuvan tämän aikarajan jälkeen. Synnytys voi käynnistyä säännöllisillä supistuksilla tai lapsiveden menolla. Käynnistymisen syitä ei tarkkaan tiedetä, mutta hormonaaliset seikat sekä kohdun kasvu ja venytys herkistävät supistuksille, mikä lyhentää kohdunkaulaa ja valmistavat sitä synnytykseen. Sikiö vaikuttaa synnytyksen käynnistymiseen osaltaan hormonaalisesti ja mekaanisella venytyksellä. Muita tekijöitä mm. voimakkaat emotionaaliset tilat ja eräät satunnaiset tekijät (ripuli, yhdyntä, fyysinen rasitus) voivat käynnistää synnytyksen. Synnytys jaetaan kolmeen vaiheeseen: avautumisvaihe, ponnistusvaihe ja jälkeisvaihe. Avautumisvaiheen ja ponnistusvaiheen välissä voi olla nk. latenttivaihe eli siirtymävaihe. Synnytykseen voidaan laskea kuuluvaksi useita tunteja kestävä neljäs vaihe eli tarkkailuvaihe, jossa äidin keho alkaa palautua raskaudesta ja synnytyksestä. (Eskola & Hytönen 1998, 307; Hartikainen ym. 1995, 226; Päänanen ym. 2007, 209–210; Ylikorkala & Kauppila 2008, 324.)

### 3.3 Lapsivuodeaika

Lapsivuodeajalla (puerpartum) tarkoitetaan synnytyksen jälkeistä aikaa, joka alkaa istukan syntymisen jälkeen. Tänä ajanjaksona synnyttimet palautuvat ennen raskautta vallinneeseen tilaan, raskauden aiheuttamien, muiden elinten muutosten häviäminen, maidon erityksen ja imetyksen käynnistyminen, vastasyntyneen ja vanhempien välisten suhteiden muodostuminen, äidin toipuminen raskauden ja synnytyksen aiheuttamasta stressistä sekä valmistautuminen ruokkimaan lasta ja huolehtimaan hänestä. Lapsivuodeajan kesto keskimäärin on 5–12 viikkoa, mutta palautuminen jatkuu vuoden ajan. Jälkivuoto on n. 4–6 viikkoa synnytyksen jälkeen ja rinnat alkavat erittää maitoa ensimmäisinä päivi-

nä synnytyksen jälkeen. (Eskola & Hytönen. 1998, 422–451; Hartikainen ym. 1995, 280; Paananen ym. 2007, 301–210.)

Jälkitarkastus tehdään neuvolassa 5–12 viikkoa synnytyksen jälkeen, jolloin varmistetaan äidin toipuminen synnytyksestä ja että palautuu entiselleen. Terveystarkastaja tarkastuksen yhteydessä äiti punnitaan, mitataan verenpaine sekä muutamia laboratoriotutkimuksia, kuten virtsan valkuainen ja sokeri sekä tarvittaessa bakteerit. Verinäytteestä tutkitaan hemoglobiini. Lääkärintarkastus on lähinnä gynekologinen sisä – ja ulkotutkimus ja mahdollisesti otetaan myös irtosolunäyte. Lisäksi olisi syytä huomioida äidin fyysinen ja psyykinen jaksaminen, imetyksen onnistuminen ja mahdolliset mieltä painavat asiat. Jälkitarkastuksen yhteydessä keskustellaan myös parhaiten sopivasta raskauden ehkäisymuodosta. (Eskola & Hytönen. 1998, 422–451; Hartikainen ym. 1995, 280; Paananen ym. 2007, 301–210.)

#### 4 ÄITIYDEN TILA

Äitiys on psyykkis-ruumiillinen tila, jonka alku on hänen oman sikiöaikansa vastavuoroisuudessa äitinsä kanssa. Vastavuoroisuus raskauden aikana on ruumiillista dialogia, jota sävyttävät mielikuvat sikiövauvasta ja äitiydestään. Äitiys kehittyy ja muotoutuu monivivahteisena prosessina läpi varhaislapsuuden, lapsuuden, nuoruuden, varhaisaikuisuuden ja keski-ikäen jo ennen biologisen lapsen syntymää tai sijais- tai adoptiolapsen saamista. Äitiys on peruuttamaton mielen-tila, johon äiti astuu vähitellen ja uppoutuu tilaan vaihtelevasti jo raskauden aikana. Vähitellen voimistuvat mielikuvat tulevasta vauvasta ja itsestä äitinä. Adoptioäidillä äitiys alkaa adoption suunnitteluvaiheessa ja jatkuu lapsen odottamisessa sekä lapsen noutamisessa ja kotiutumisessa. (Siltala 2006, 174.)

Äitiyden tila jatkuu äidin koko elämänkaaren ajan. Äitiys on mahdollisuutta kasvaa koko ajan, koska äitiys ei ole koskaan aivan valmis, vaan aina keskeneräinen. Jokaisen lapsen raskaus ja syntymä tuo uuden äitiyden tilan, jossa äidin mieli avautuu ottamaan vastaan nykyhetken ja tulevaisuuden lapsensa kanssa. Arjessa äitiyden ruumiillis-mielellinen kokemus on lujilla ja uhattuna. Myös lapsen sairauden, vammaisuuden, keskosena syntymän tai kuoleman vuoksi äitiys on uhattuna. Äitiys tarvitsee silloin erityistä kannattelua ja huolenpitoa sekä varhaisen vuorovaikutuksen tukemista. (Siltala 2006, 174.)

Tihentynein ja voimakkain äitiyden tila on lapsen kolmen ensimmäisen elinkuukauden aikana. Yleisesti on tiedostettu varhaisen vuorovaikutuksen merkitys äidille ja vauvalle. Äiti tarvitsee tukea kyetäkseen riittävän hyvään vuorovaikutussuhteeseen. Varhaisen vuorovaikutuksen näkökulmasta on huolestuttavaa että nykyään perheitä, äitiyttä ja isyyttä uhkaa helposti haavoittuminen. Esimerkiksi lastensuojelun piiriin joutuneiden pienten lasten määrä on kasvanut merkittävästi. (Siltala 2006, 174.)

Äidiksi tuleminen on mahdollisuus järjestää oma elämä uudelleen ja kokea siinä onnistumista, tai se voi johtaa vanhemman ylikuormittumiseen ongelmien ka-

saantuessa. Vanhemmuus on nykyään erilaisempaa kuin aiemmillä sukupolville. Perhe- ja yhteiskuntarakenteet ja elämäntavat muuttuvat ja ne asettavat elämänhallintakeinot kovalle koetukselle varsinkin nuoruusiässä ja perhettä perustettaessa. (Silvén 2010, 150.)

Suuret elämänmuutokset koettelevat henkistä tasapainoamme. Osa muutoksista kuuluu kasvuun ja kehitykseen, esim. koulun aloittaminen, murrosikä, aikuis-tuminen, kotoa muutto, avo- tai avioliitto ja ensimmäisen lapsen syntymä. Yleisesti näitä pidetään normaaleina kehityskriiseinä, ei psyykkisinä häiriöinä. Kehityskriisejä voidaan tarkastella menetysten näkökulmasta. Tällöin menetämme aiemman olemisen ja minuutemme asettuu kyseenalaiseksi. Menetämme jotain aikaisemmasta itsestämme. Parhaassa tapauksessa kehityskriisit edistävät henkistä kasvua. (Myllärniemi 2009, 129–130.)

Raskaus ja lapsen syntymä ovat kehityskriisi erityisesti naisen elämässä. Naisen keholliset muutokset raskaudessa ja synnytyksessä ovat huomattavia. Tällaiset muutokset voivat toimia laukaisevina tekijöinä monenlaisille somaattisille ja psyykkisille ongelmille. Sosiaaliset ja psykologiset muutokset ovat myös merkittäviä. Ympäristön, lähisukulaisten ja puolison tai lapsen isän odotukset raskaana olevaa naista, tulevaa äitiä kohtaan ovat erilaiset kuin ennen raskautta. Äitiin ja lapseen kohdistuu hyvin monenlaisia odotuksia. (Myllärniemi 2009, 130.)

Hyvin pian raskauden alettua, nainen luo ihmissuhteen sisällään kehittyvään lapseen. Tämä saa äidin luomaan mielikuvia lapsestaan ja tämän tulevaisuudesta. Raskauteen ja synnytykseen liittyy monenlaisia tunteita ja pelkoja. (Myllärniemi 2009, 130.)

Synnytyksen tapahduttua lapsi, lapsenhoito ja lapseen tutustuminen eivät usein vastaakaan odotuksia ja äiti voi kokea, ettei hän itse täytä omia odotuksiaan äitinä. Seuraa pettymyksiä, odotuksien ja toiveiden särkymisiä, jotka voivat laukaista masennuksen. (Myllärniemi 2009, 130.)



## 5 NAISEN OIREET SYNNYTYKSEN JÄLKEISISSÄ PSYKKISISSÄ HÄIRIOISSÄ

Synnytyksen jälkeinen masennus ja muut psyykkiset oireyhtymät on eri kulttuureissa tunnettu jo vuosisatojen ajan, mutta edelleen synnytyksen jälkeiset psyykkiset oireyhtymät ovat huonosti tunnistettuja ja hoidon saaminen vaikeaa. (Haarala 2006, 11) Synnytyksen jälkeiset psyykkiset häiriöt luokitellaan kansainvälisesti kolmeen ryhmään niiden vaikeusasteen mukaan: synnytyksen jälkeinen herkistyminen, synnytyksen jälkeinen masennus ja synnytyksen jälkeinen psykoosi. (Hartikainen ym. 1995, 297.)

### 5.1 Käsitteiden määrittelyä

Herkkyydeksi määritellään lievä, ohimenevä depressiovaihe, joka ilmenee 3-10 vrk:n kuluttua synnytyksestä. Oireita ovat mielialan vaihtelut, ahdistuneisuus, keskittymiskyvyn puute, lisääntynyt huolehtiminen omasta ja lapsen terveydestä. Ilmiötä voidaan pitää "emotionaalisena sopeutumisreaktiona lapsivuodeaikaan", koska sitä esiintyy n. 5–80 %:lla kaikista synnytyksistä. (Hartikainen ym. 1995, 296.)

Synnytyksen jälkeinen masennus on vakavampi oireyhtymä, jota esiintyy n. 10 %:lla synnyttäneistä. Oireet ilmenevät 1–6 kk synnytyksen jälkeen. Ne saattavat jatkua vuosia. Oireina ovat mm:ssa "itkuisuus, itsesyytökset, ahdistuneisuus, unen ja ruokahalun häiriö, kyvyttömyyden tunne lapsenhoidossa sekä seksuaaliset häiriöt." Depressio voi pahimmassa tapauksessa vaikuttaa äidin kaikkiin ihmissuhteisiin. Äidit tarvitsevat poikkeuksetta hoitoa, kannustavaa psykoterapiaa tai perheterapiaa sekä lääkehoitoa. (Hartikainen ym. 1995, 297.)

Synnytyksen jälkeinen psykoosi on harvinaisempi. Sen esiintyvyys on vain 1 - 2 sairastumista 1000 synnytystä kohti. (Haarala 2009, 14), mikä yleensä ilmenee

kahden viikon kuluessa synnytyksestä. Ensioireina usein unettomuutta, ylenpalttista puheliaisuutta ja eloisuutta, jota luonnehtii vakava todellisuudentajun pettäminen ja hallusinaatiot. Nämä äidit tarvitsevat sairaalahoitoa. (Hartikainen ym. 1995, 297.)

## 5.2 Synnytyksen jälkeinen herkkyys

Synnytyksen jälkeinen herkistymisen (Maternity blues, Postpartum blues) tyypillisimpiä oireita ovat mielialojen ailahtelu, unettomuus, itkuherkkyys, ahdistuneisuus, ärtyneisyys, huono ruokahalu. Oireet alkavat yleensä kolmantena päivänä synnytyksestä, jota ennen naisten mieliala on ollut euforian tapaan onnellinen. Oireiden kesto vaihtelee muutamasta tunnista useisiin päiviin ja häviävät viikonpuolentoista viikon kuluttua synnytyksestä. Herkistymisen esiintyvyys on 26 % - 85 % riippuen määrittelystä. (Karila 1991, 14–15.)

Syyt herkistymiselle ovat epävarmoja, mutta mm. raskaudenaikaiset elämäntapahtumat, ensisynnyttäneisyys, raskaudenaikainen itkuisuus, loppuraskauden aikainen unenpuute ja synnyttäminen yöaikaan voivat olla riskiä lisäävää vaikutusta. (Eerola 1999, 31–33.)

Synnytyksen jälkeistä herkkyyttä voi myös kutsua eheyttäväksi masennukseksi. Se liittyy äitiyteen asettumisen prosessiin, raskauteen, synnytykseen eikä äidin ja lapsen varhaiseen vuorovaikutukseen. Äiti on usein hyvin onnellinen äitiydestään, lapsi kuitenkin muuttaa paljon ja äiti joutuu henkisesti ja ruumiillisesti antautumaan ja sitoutumaan monin tavoin äitiyteen ja vauvaansa. Kaikki äidit eivät kuitenkaan ole valmiita luopumaan oman elämänsä muista tärkeistä alueista lapsen ensikuukausina tai vuosina ja näin he tuntevat kiukkua, ärtymystä ja suurta ristiriitaa äitiydestään. "Äitiyden eheyttävä masennus on sidottu toivoon ja vie naisen psyykkiseen muutokseen." Se voimistaa kykyä havainnoida ja tutkia itseään sekä ottaa vastaan mielikuvia ja tunteita. Äidin mielessä risteilevät kiintymys, rakkaus, hellyys, kiitollisuus viha, kiukku, tuska, ahdistus, hämmennys, avuttomuus, pelko, häpeä, syyllisyys ja suru. Näiden tunteiden avulla hän

kuitenkin tiedostaa äitiyteen sisältyviä merkityksiä ja ankkuroituu tähän hetkeen. Samalla hän vapautuu havainnoimaan ja ymmärtämään suhdettaan syntyneeseen lapseensa. (Siltala 2006, 182–185.)

### 5.3 Synnytyksen jälkeinen masennus

Äidin kliininen masennus on psyko-fyysinen tila, mikä tarkoittaa merkittävää tukea ja hoitoa vaativaa masennusta, joka alkaa joko raskauden aikana, heti synnytyksen jälkeen tai vuoden kuluessa synnytyksestä. Masennusoireet ovat vahvimmillaan yleensä 1,5 kuukauden kuluttua synnytyksestä. Masennus voi olla lievää tai syvää. Se voi mennä ohi nopeasti tai kestää pitkään. Vaikka äiti ei raskaudenaikana varsinaisesti masentunut, oireet saattavat olla havaittavissa. Raskauden aikana tulisi keskittyä äidin masennukseen tai vaikeasti havaittaviin oireisiin. (Siltala 2006, 186–187.)

Jos hoito päästään aloittamaan jo silloin, se auttaa masennuksen lievittymistä ja äidin paneutumista raskauteen, synnytykseen ja vauvan hoitoon. Yhtenä keskeisenä sisältönä äidin kliinisessä masennuksessa on konkreettinen menetyskokemus. Masennuksen sisältönä voi olla myös emotionaalisen vuorovaikutuksen menetys tai varhainen puute. Sekä konkreettisesta menetyksestä tai puutteesta johtuvassa masennuksessa on kyse menneisyyden painolastista eli menneisyyden työstämättömistä menetyksistä ja muutoksista. Ne alkavat elää äitiyteen sisältyvissä menetys-, ja luopumis- ja muutoksekokemuksissa, ensin useimmiten ruumiillisen muistin varassa. Jos äidillä on vakavia traumaattisia kokemuksia, pienetkin menetyksestä ja muutokset horjuttavat häntä helposti. Kliinisessä masennuksessa menetyskokemukset kuitenkin korostuvat ja muodostavat uhan äidin ja lapsen terveydelle. (Siltala 2006, 186–187.)

Masentuneen äidin mielentilassa keskeisenä tuntona on "äitiyden ulkopuolella oleminen". Äiti ei jaksakaan keskittyä, päättämättömyys ja epäröinti voimistuvat hänen toimissaan. Masentuneella äidillä on unihäiriöitä enemmän kuin äideillä yleensä. Ruokahalu vaihtelee ahmimisesta syömättömyyteen. Äidin liikkeet hi-

dastuvat ja pysähtyvät. Kun masennus vaihtelee maanisten tilojen kanssa, jolloin äiti on kiihtynyt, levoton, syöksyy tilasta toiseen ja idealisoi epäaidosti vauvaa ja itseään äitinä. Masennuksen tilassa äidillä on syyllisyyttä, epäluuloisuutta, tarkoituksettomuuden, toivottomuuden, päättämättömyyden ja arvottomuuden tunteita. Äiti tuntee olevansa tyhjä ja toivoton, ja mielihyvän kokemukset ovat vähäisiä. Hän ei voi nauttia äitiydestään eikä vauvastaan, vaan on väsynyt. (Siltala 2006, 189–190.)

Synnytyksessä muodostuu runsaasti oksitosiinia ja se saa kohdun supistumaan. Tutkimusten mukaan oksitosiini häivyttää muiston synnytystuskista. Se tekee myös synnyttäneestä sisäänpäin kääntyneen ja rauhallisen sekä herättää äidinvaistot. Tämä hormoni tekee äidistä avoimen lasta kohtaa, mutta hän torjuu ulkomaailman. Endorfiinin ja tämän onnellisuushormonin myötä moni nainen kokee huumaa synnytyksen jälkeen. Siitä voi seurata herkistyminen ja masentuminen. (Borelius 1995, 41- 42.)

Masennus synnytyksen jälkeen on hyvin samankaltaista kuin masennus muissakin elämäntilanteissa. Masennus esiintyy itkuisuutena, alakuloisuutena, riittämättömyyden tunteina ja sopeutumiskyvyn puutteena suhteessa lapseen. Äitien tunteet ilmenivät itsesyytöksinä, etteivät he rakasta lastaan tarpeeksi tai eivät osaa olla riittävän hyviä äitejä. Masennukseen liittyy usein myös voimakasta ahdistusta ja erilaisia huolia lapsen suhteen. Mielialat vaihtelevat ja illat olivat heillä kaikkein pahimpia. Masentuneilla äideillä esiintyy myös ”tavallisen” masennuksen oireita vähintään kuukauden ajan tai useita seuraavista oireista: väsymys, unihäiriöt, energian puute, keskittymisvaikeudet, ärtyneisyys, masentunut mieliala, itkuisuus ja ahdistusoireet. (Hartikainen ym. 1995, 297.)

Arviolta puolet naisista kokee valtavia tunnekuohuja mm. itkuisuutta, toivottomuutta, ärtyneisyyttä ja pessimististä suhtautumista tulevaisuutta kohtaan. Se on kuitenkin normaalia. Mutta noin 10–15 %:lla on pitkäaikaista masennusta ja yksi tai kaksi tuhannesta vaipuu psykoosiin. Varmasti ei voida sanoa mikä mielialan muutoksissa johtuu elimellisistä syistä ja mikä psyykkisistä syistä. (Borelius 1995, 42.)

Masennus ei suinkaan ole vain vastasyntyttäneiden äitien ongelma, kun hän joutuu eristäytymään ympäristöstä jatkuvaa huolenpitoa vaativan ”pienen ihmismäisen” seuran. Tilanne on stressaava monille muillekin. Adoptioäitikin voi masentua samalla tavalla kun hänestä tulee äiti. Hän kokee kaikki ne henkiset paineet, mutta ei hormonimuutoksia. Masennuksen syvyys vähenee kun nainen synnyttää uusia lapsia. Hormonimuutokset ovat samat, mutta muutos on pienempi. Masennuksessa ei siis täysin ole kyse hormoneista vaan äidiksi tulon muutoksesta. (Borelius 1995, 42–43.)

Nämä koettelemukset kohtaavat myös niitä, joilla ei koskaan muulloin ole merkittäviä mielialan vaihteluja. Epäilysten kohdistuminen biologiaan on kuitenkin se, että hormonimuutokset ovat suuret ja vastaavat muutokset eri elämäntilanteissa voivat aiheuttaa masennusta. Vauvan synnyttämistä ja imetyksen aloittamista voisi verrata vaihdevuosiin, sillä hormonimuutokset ovat melkein samat. Raskauden aikana naishormonien eli estrogeeni- ja progesteronipitoisuudet ovat korkealla ja synnytyksen jälkeen ne putoavat. Näin käy myös vaihdevuosien aikana. (Borelius 1995, 42–43.)

Synnyttäneillä naisilla imetyshormoni prolaktiini aiheuttaa matalan estrogeenipitoisuuden. Vaihdevuosissa munasarjat lakkaavat itse valmistamasta estrogeenia. Oireet ovat samanlaisia eli masennusta, hikoilua ja emättimen kuivumista. Synnytyksen yhteydessä muutos on raju ja voi näin ollen aiheuttaa masennusta, kun vaihdevuosissa muutos on hitaampaa, joten masennus on lievempää. (Borelius 1995, 42–43.)

Yhteenvetona masennuksen käynnistää synnytyksen jälkeinen hormonimuutos, mutta sitä lisäävät äidin kokemukset eli ympäristötekijät. Tai että vapaus on hävinnyt ja kotona olo vauvan kanssa tuo myös vastuuta kaikesta muustakin. Jotkut äidit ovat myös herkempiä, mihin vaikuttaa heihin kohdistuvat suuremmat paineet. Mutta heidän miehensä eivät pysty tukemaan heitä tai sukulaisista ja ystävistä ei ole avuksi. Elinympäristö voi olla huono, esim. taloudellinen tilanne on keho, voi olla alkoholismiakin. Taustalla voi olla myös vaikea lapsuus. He voivat olla rakenteeltaan haavoittuvaisempia. He ovat perinnöllisesti herkkiä tai heillä voi olla aggressiivisuudesta johtuvia itsehillinnän ongelmia. synnytyskin

on voinut olla hyvin vaikea ja jättänyt pitkäaikaisia jälkiä. Imetyshormonit vaikuttavat jokaiseen eri tavalla. Vauvan luonne myös vaikuttaa. Synnytyksen jälkeinen masennus ei siis ole aivan vähäinen ongelma. Ongelman tunnistaminen ja äitien auttaminen ovat ensiarvoisen tärkeitä asioita (Eerola 1999, 37–38.)

### 5.3.1 Masennuksen syitä on useita

Depression esiintyvyys on naisilla kaksi kertaa suurempi kuin miehillä. Missään elämän vaiheessa nainen ei koe niin suuria fysiologisia muutoksia kuin synnytyksen yhteydessä. Viimeisimmät tutkimushavainnot viittaavat, että hormonaaliset muutokset ovat hyvin merkittäviä. Kun raskaus alkaa, odottavan äidin hormonipitoisuudet kohoavat pikku hiljaa ja suurimmillaan ne ovat raskauden lopussa moninkertaisia verrattuna kuukautiskierron arvoihin. Estradiolia, joka vaikuttaa aivojen välittäjäaineisiin kuten serotoniini säätelemällä käyttäytymistä, mielialaa, aloitekykyä, unirytmää, pelkojen ja ahdistuksen esiintymistä, tunnetilojen vaihtelua, vireystasoa, ruokahalua, tuottaa istukka. Synnytyksen jälkeen istukan poistuttua estradiolipitoisuus pienenee parissa päivässä vaihdevuosien tasolle. (Haarala 2006, 16–17.)

Sosioekonomisilla tekijöillä eli sosiaaliluokalla, koulutuksella ja tuloilla ei ole merkittävää yhteyttä masennukseen. Tosin perheen alhainen tulotaso on jo yksinään todettu tärkeäksi itsenäiseksi depression riskitekijäksi. Toisaalta on myös löydetty selvä riskisuhde perheen työttömyyden ja masennuksen väliltä. Naisten lyhyillä äitiyslomilla (alle kuusi kuukautta) ja pitkillä työpäivillä on osuutta synnyttäneiden naisten heikkoon mielenterveyteen. (Eerola 1999, 37–38.)

Synnytyksellisillä ja gynekologisilla tekijöillä ei tutkimusten mukaan ole suoraa yhteyttä synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Synnytyksessä ilmenevät komplikaatiot tai muuten negatiivinen kokemus lisäävät synnytyksen jälkeistä masennusta. Myös aikaisemmat keskenmenot ja abortti-ajatukset raskauden aikaisemmassa vaiheessa keisarinleikkauksen ja instrumenttiavusteisen synnytyksen yhteydessä voivat olla masennusta lisäävä tekijä. (Herzberg 2000.)

Biologiset selitysmallit perustuvat suuriin hormonaalisiin muutoksiin, joita lapsivuodeajan aikana tapahtuu: kolmantena vuorokautena synnytyksen jälkeen estrogeeni- ja progesteronitasot putoavat jyrkästi ja saavuttavat lähes saman tason kuin ennen raskautta. (Ylilehto 2005, 35.)

On esitetty, että osa synnytyksen jälkeistä masennusta sairastavista naisista kärsii kilpirauhasen toimintahäiriöstä. Neuvolassa pitäisikin ottaa huomioon myös tämä mahdollisuus ja huolehtia siitä, että kilpirauhasarvot tarkistetaan. Varsinkin jos masennuspotilaalla ilmenee myös kilpirauhasen vajaatoiminnan oireita, kuten painon lisääystä, heikentynyttä kylmänsietokykyä sekä letargiaa, joka on syvää unta muistuttava pitkäaikainen horrostila, josta henkilö saadaan heräämään vain hetkeksi. Kilpirauhasen toimintahäiriön ja synnytyksen jälkeisen masennuksen välisestä yhteydestä tarvitaan kuitenkin vielä lisätutkimuksia. (Herzberg 2000.)

Rintaruokinnan vaikutuksesta masennukseen on ristiriitaista tietoa. Toisaalta rintaruokinnalla on vaikutusta masennukseen jolloin syyt olisivat prolaktiinipitoisuuden muutoksista. Toisaalta taas masennus on yhdistetty nimenomaan rintaruokinnan puutteeseen ja lyhyteen. (Eerola 1999, 40–41.)

Useilla psykodynaamisilla syillä on yhteyttä synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Äitiyteen sopeutumista vaikeuttaa varhaislapsuudessa koettu häiriintynyt äiti-lapsisuhde. Erityisen stressaaviksi voivat äitiyteen kasvaessa tulla jo varhaislapsuudessa koetut tiedostamattomat konfliktit, esim. syyllisyys ja ahdistus aggressiivisista tunteista äitiä kohtaan. Myös kuilu naisen odotusten ja todellisuuden välillä on suurempi masentuneilla äideillä kuin muilla äideillä. (Herzberg 2000.)

Useat tutkimukset ovat myös antaneet näyttöä, että rasittavilla ja kielteisillä elämäntapahtumilla ja käytännön tuen saatavuudella on yhteyttä synnyttäneiden naisten masennukseen. Raskauden suunnittelemattomuus, parisuhdeongelmat: kuten huono vuorovaikutussuhde, tyytymättömyys parisuhteeseen, miehen runsas poissaolo tai kotitöiden jääminen naisen harteille ja emotionaalisen tuen puuttuminen on riski masennuksen syntymiseen. Sosiaalisen tuen

puuttumista tutkimusten mukaan ovat masentuneet äidit kertoneet enemmän kuin ei-masentuneet äidit. (Eerola 1999, 37–41.)

### 5.3.2 Masentuneen äidin hoito

Äitiysneuvoloissa työskentelevät terveydenhoitajat ovat avainasemassa antamassa tuleville vanhemmille riittävästi ja laadullisesti pätevää tietoa lapsen syntymän jälkeisestä ajasta, mielialamuutoksista ja synnytyksen jälkeisestä masennuksesta. Perheiden auttaminen rakentamaan itse hyviä sosiaaliverkkoja jo ennen lapsen syntymää saattaa ehkäistä äidin masentumista synnytyksen jälkeen. (Tammentie 2009, 36.)

Äidin lievä lyhytaikainen masennus voi mennä kuukausien myötä ohitse myös itsestään. Ilman hoitoa jäänyt pitkittynyt masennus tuottaa äidin ja lapsen väliseen vuorovaikutukseen kuitenkin pysyviä ongelmia, joita ei ole otettu riittävän vakavasti. Masentuneen äidin hoitoon sekä äidin ja vauvan vuorovaikutuksen hoitoon tulisi paneutua heti, kun oireet on tunnistettu. Vauvalle viikko voi olla neljäsosa elämää, ja äidin sekä äidin ja vauvan vuorovaikutuksen hoito edistää merkittävästi koko perheen hyvinvointia. (Siltala 2006, 189.)

Masentuneen äidin hoidossa tulisi mahdollisuuksien mukaan pyrkiä aina juuri varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen, mutta myös äidin itsensä hoitoon ja tukemiseen, vauvan hoitoon, isän ja vauvan vuorovaikutukseen sekä koko perheen hoitoon. Silloin kun masentuneet äidit ovat kokeneet syviä pettymyksiä aikuisten taholta, hoitosuhdetta sävyttää alkuun äitien syvä epäluottamus työntekijöihin. Äitien varhaisiin riippuvuuden tarpeisiin ei ole vastattu eivätkä he uskalla näyttää tarvitsevuuttaan tai tuo äidin tarvitseva puoli saattaa elää hoitosuhteessa vain hetken. Äidin olemusta sävyttävät myös epäaito ”kaikkivoipaisuus” ja valeitsenäisyys, joilla hän suojaa itseään. Masentuneen äidin ja hänen lapsensa hoito muodostaa kokonaisuuden, joka sisältää rinnakkaisia hoitomuotoja. Siinä kiinnitetään huomiota paitsi äidin yksilölliseen hoitoon ja äidin ja vauvan vuorovaikutukseen, myös vanhempien keskinäiseen suhteeseen, isän ja vau-



van vuorovaikutukseen sekä koko perheen dynamiikkaan. (Siltala 2006, 194–195.)

Myös isovanhemmat tai muut lähiomaiset voivat osallistua hoidon kokonaisuuteen tarpeen mukaan, etenkin silloin, kun äiti on esim. psykoottisen masennuksen takia sairaalahoidossa. Lisäksi perheen tueksi tarvitaan usein muita sosiaalisia verkostoja esim. kodinhoitajia ja perhekoteja. Myös erilaiset psykiatriset hoitomuodot ovat tarpeen syvästi masentuneilla, psykoottisilla tai väkivaltaisesti käyttäytyvillä masentuneilla äideillä. (Siltala 2006, 194–195.)

Tärkeintä on, että hoitohenkilökunta oppii tunnistamaan masentuneen äidin ja tarjoaa hänelle mahdollisuutta keskustella kun hän kokee sen tarpeelliseksi, sillä keskustelu ja kuuntelu auttavat äitiä eteenpäin ja auttaa näin työstämään masennusta. Käytännössä masentunutta äitiä voidaan auttaa tekemällä kotikäyntejä ennen ja jälkeen synnytyksen kartoittaen perheen tilannetta ja auttaa perhettä kasvamaan. Terveystenhoitaja voi myös antaa pidemmän vastaanottoajan, jotta hän voi kuunnella ja keskustella äidin kanssa. Äiti - vauva ryhmät auttavat vuorovaikutussuhteessa vauvaan ja antavat vertaistukea. Äidit irti masennuksesta ry on synnytyksen jälkeisen masennuksen kokeneiden naisten perustama ryhmä, johon äiti voi ottaa yhteyttä oman tarpeensa mukaan. (Salo E. 2000.)

Huostaanotto on ollut historiallisesti tärkein ja aikoinaan ehkä ainoa lapsiin kohdistuva toimenpide vanhemman tullessa psykiatriseen hoitoon. Tämä on jättänyt jälkeensä huostaanoton pelon, joka vähentää vanhempien ja henkilökunnan halukkuutta puhua lapsista. Hoitohenkilökunta voi pelätä että lapsista kysyminen yhdistyy potilaan mielessä huostaanottoon, jolloin potilas ahdistuu lisää ja hänen tilansa pahenee entisestään. Lastensuojelutyö on kehittynyt viimevuosina nopeasti ja erityisesti perheiden tukemisen alueella. Ellei ole aihetta kiireelliseen lapsen hoidon järjestämiseen kuten silloin kun lapsi jäisi yksin ainoan vanhemman mennessä sairaalaan, aloitetaan perheen tukeminen avohoidossa. Yksi selvä syy siihen, miksi lapset usein laiminlyödään mielenterveyspalveluissa, on puuttuva toiminnallinen yhteys aikuisten ja lasten mielenterveyspalvelu-

jen ja lastensuojelun välillä. Jos osapuolet hoitavat vain omat tehtävänsä, mielenterveyspotilaiden lapset usein jäävät väliinputoajiksi. (Inkinen 2001, 36–51.)

Synnytyksenjälkeinen masennus on oma oireyhtymänsä. Hoitoa valittaessa tulee arvioida kunkin yksilöllinen tilanne, masennuksen aste, sosiaalisen tuen tarve ja sen saatavuus. Häiriön luonteeseen kuuluvat vähentyneet voimavarat, väsymys, ahdistus ja univaje. Nämä vaikuttavat oman tilanteen tunnistamista ja hoitoon hakeutumista. Vähentyneet voimat keskittyvät arjen rutiineihin ja pahan olon hallitsemiseen. Tuore äiti on masennuksen kanssa yksin. Keskeistä on varhainen tunnistaminen ja neuvolat sekä muut terveydenhuollon ensikontaktit ovat tärkeässä asemassa. Mitä pitempään masennus kestää, sitä vaikeampitasoista se on. Lievemmissä tapauksissa, keskustelu ja käytännön tukitoimet mm. kotiapu, nukkumisvuorottelu unirytmien palauttamiseksi, vertaistuki ja aikuisen vuorovaikutussuhde ovat apukeinoja. Keskivaikeassa ja vaikea-asteisessa masennuksessa tarvitaan ammattiapua, minkä saatavuus vaihtelee alueellisesti. (Haarala 2006, 17–18.)

Synnytyksenjälkeisen masennuksen hoidossa käytetään erilaisia psykoterapiatekniikoita, kuten kognitiivista terapiaa, interpersonaalista psykoterapiaa eli läheisten vuorovaikutussuhteiden merkitystä korostavaa, perheterapiaa, psykodynaamista psykoterapiaa, supportiivista psykoterapiaa. Yhteisiä piirteitä näissä terapiamuodoissa ovat tiedon ja toivon antaminen sekä myönteisen luottamussuhteen luominen ja toimivan yhteistyön kehittyminen. Masennuksen psykoterapeuttisen hoidon pyrkimyksenä on masennustilan tai masennustaipumuksen taustalla olevan persoonallisuuden kehittymisen arviointia ja toimintamallien korjausyrityksiä, depressiivisten ajatusmallien kriittistä tarkastelua tai masennukseen liittyvien vuorovaikutusmuutosten tutkiskelua terapeutin tukemana. Tavoitteena on löytää omien reaktioiden tunnistaminen ja sopeutumiskeinojen löytäminen. Terapia on pitkäkestoista työskentelyä ja tulokset tulevat esille hitaasti. Edellytyksenä on kyky hahmottaa tilannetta ja toimia vuorovaikutuksessa. Synnytyksenjälkeinen masennus ei ole vain psykologinen ilmiö vaan siihen liittyy fysiologisia muutoksia, jotka täytyy korjata voimien ja hahmottamiskyvyn säilyttämiseksi. (Haarala 2006, 18 - 19.)

Masennuslääkkeillä, erityisesti serotoniinivaikuttajilla, on synnytyksenjälkeisen masennuksen hoidossa saatu hyviä tuloksia, sillä lääkkeet korjaavat aivojen välittäjäainepitoisuuksia esim. serotoniinia normaaleiksi. Ne edustavat syynmu-  
kaista vaikuttamista tilaan. Imetystä ei tarvitse lopettaa masennuslääkkeen käy-  
tön vuoksi, niillä ei ole todettu vaikutusta lapseen. Markkinoilla on useita valmis-  
teita ja niiden keskinäiset erot ja valinta on hyvin yksilöllinen. Masennuslääkkei-  
den antidepressiivinen vaikutus ei tule välittömästi, vaan vasta kolmannesta  
hoitoviikosta eteenpäin alkaa mieliala kehittyä suotuisasti ja paraneminen edis-  
tyy. Uusista masennuslääkkeistä serotoniinivaikuttajilta puuttuu alun väsyttävä  
vaikutus, joten hoidon alussa suositellaan käytettävän unilääkettä. Tällöin vauva  
imetys ei ole suotavaa. Alkuun lääkkeet voivat aiheuttaa mm. huimausta tai pa-  
hoinvointia, päänsärkyä ja vapinaa, mutta lääkitystä jatkettaessa sivuoireet hä-  
viävät. Usein on käytössä kuitenkin ollut liian pieni annos jolloin lääke ei ole te-  
honnut. Käyttöajan pituus vaihtelee, mutta kansainvälisestikin suositellaan vä-  
hintään kuuden kuukauden käyttöaikaa, jotta depression uusiutumisen vaara  
olisi mahdollisimman pieni. (Haarala 2006, 19 – 20; Nurminen 1998,198.)

SSRI-hoito ei yleensä estä imetystä. Paroksetiini-, sertraliini- tai fluvoksamiinial-  
tistuminen maidon kautta jää hyvin vähäiseksi ja myös sitalopraami ja essitalo-  
praami ovat imetyksen aikana yleensä käyttökelpoisia. Fluoksetiinia käytettäes-  
sä tulee olla varovainen vastasyntyneen imetyksessä silloin kun lääkeannos on  
huomattavan suuri, kun kyseessä on ennenaikainen tai kun lääkehoito aloite-  
taan synnytyksen jälkeen. Äidin venlafaksiinilääkityksen aikana imeväisellä on  
mitattu lääkepitoisuuksia, jotka ovat olleet lähes 20 % äidin lääkepitoisuuksista,  
kun ne keskimäärin ovat 10 %. Erityisiä haittoja ei kuitenkaan ole ilmennyt, eikä  
lääkitys yleensä ole este imetykselle. Duloksetiini- tai mirtasapriinialtistuminen  
rintamaidon kautta jää vähäiseksi ja äiti voi yleensä imettää. Lapsen neuvola-  
seuranta on kuitenkin aina äidin lääkityksen vuoksi tärkeää. Tällöin seurataan  
mm. uni-valverytmiä ja painon nousua. (Enkovaara ym. 2008, 23–24.)

Kun käytetään perinteisiä psyykelääkkeitä, sikiön altistuminen jää yleensä vä-  
häiseksi. Uusimmista psyykelääkkeistä ei ole juurikaan kokemusta imetyksen  
aikaisesta käytöstä. Imetyksen jatkamista olisi hyvä arvioida aina potilaskohtai-  
sesti (mm. lääkeannoksen, lapsen iän ja muitten mahdollisten lääkkeitten suh-

teen) ja lapsella ilmenevien oireiden yhteys lääkealtistumiseen tulisi ottaa huomioon. Uusista psykoosilääkkeistä erityisesti klotsapiinin kohdalla varovaisuus on paikallaan lääkkeen käyttöön liittyvän haittavaikutuksen (veren kuvan muutoksen) vuoksi imeväisen osalta, vaikka altistuminen maidon kautta näyttää jäävän vähäiseksi. (Enkovaara ym. 2008, 25–26.)

Synnytyksen jälkeisen masennuksen estradioli - ja estrogeenihoidon keskeinen tarkoitus on suurentaa estradiolipitoisuus normaalin kuukautiskierron tasolle. Käytetyn hoidon teho on nopeaa ja hoito on auttanut myös potilaita, joille masennuslääkitys tai psykoterapia ei ole tuonut apua. Käyttömenetelmänä on geeli, laastari tai liukeneva kielenalustabletti. Ehkäisytabletteista ei ole apua, vaan ne saattavat huonontaa potilaan tilaa estämällä oman estradiolin tuotantoa. (Haarala 2006, 20–21.)

Kokonaisuudessaan äidin masennus voidaan aina hoitaa ja asianmukaisesti hoidettuna varsin nopeastikin. Keskeisintä on aikainen tunnistaminen ja tehokas, yksilöllinen hoito. Esteinä ovat hidas hoitoon hakeutuminen, tiedon puute ja ennakkoluulot. Estradiolihoito on luonnonmukaisen tilan korjaamista, kunnes naisen oma estrogeenituotanto palautuu. Siksi siihen voidaan yhdistää mitä muuta hoitomuotoa tahansa, jopa masennuslääkkeitä ja psykoterapeuttista tukea ja tukiryhmiä. Kun äidin voimat ovat palanneet, tukiverkoston hyvä hyödyntäminen on helpompaa. (Haarala 2006, 21.)

Vertaistuki on todettu tärkeäksi ammattiavun rinnalla. Vertaistukea tarjoavat mm. Äidit irti synnytysmasennuksesta – yhdistys, joka on perustettu masentuneita äitejä varten. Äimässä on mahdollisuus liittyä sähköpostilistaan ja saada Äimän postia sekä tutustua samaa kokeviin ihmisiin luottamuksella. Äimä ry:llä on kokemusta ja tietoa masennuksesta ja siitä, miten se vaikuttaa äidin elämään. Yhdistys tarjoaa tietoa ja tukea mm. masennuksesta selviämisestä ja mistä voi saada apua. Puhelinpalvelu tarjoaa vertaistukea ja tietoa synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsiville ja heidän perheilleen ja sitä hoitavat vapaaehtoiset äidit. Erilaiset ryhmät ovat avoimia kaikille halukkaille, niin synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsiville kuin muillekin vertaistukea jaksamiensa tarvitseville. Äimä ry välittää kokemuspäistä tietoa, julkaisee Äimän

Käkenä - lehteä, tekevät yhteistyötä tiedotusvälineiden kanssa sekä edistävät tutkimustoimintaa ja uusien hoitojärjestelmien kehittämistä. (Äimä ry)

Vaihtoehtoisista hoitomenetelmistä myös vyöhyketerapialla saadaan hyviä tuloksia aikaan lievissä tapauksissa. Hoito nopeuttaa raskaudesta ja synnytyksestä palautumista. Sillä voidaan lievittää stressiä, ennaltaehkäistä ja osaltaan hoitaa synnytyksen jälkeistä masennusta. Ja osaltaan vauvan hoito esim. koliikki-tapauksissa voi estää äidin sairastumista masennukseen synnytyksen jälkeen. (Saviainen 2011.)

#### 5.4 Lapsivuodepsykoosi

Psykooseille eli mielisairauksille on ominaista persoonallisuuden koossapitävien voimien ja realiteettitajun häiriintyminen. Tämä aiheuttaa poikkeavaa käyttäytymistä ja käytöksen epäadekvaattisuutta eli sopimattomuutta ihmissuhteissa ja sosiaalisissa kontakteissa. Lapsivuodepsykoosit ovat harvinaisia ja siihen sairastuu 0,1–0,2 % synnyttäneistä. Yleensä oireet puhkeavat noin 2–3 viikon kuluessa synnytyksestä. Oireet ovat melkein yksinomaan mielialahäiriöitä, joiden uusiutuminen on hyvin todennäköistä. Jos naisella on aiemmin elämässä ollut vakavia psykiatrisia häiriöitä, on sairastumisriski 1:3 ja 1:2 välillä. Lapsivuodepsykoosit ovat hyvin harvinaisia äideillä, jotka eivät ole psykooseista aikaisemmin kärsineet. (Eerola 2000.)

Syitä lapsivuodepsykooseihin löytyy mm. iästä, sillä hyvin nuoret ja ne ensisynnyttäjät, jotka ovat jo pitkään yrittäneet lasta, oireilevat muita todennäköisemmin. Erilaiset emotionaaliset menetykset tai uhat kuten sikiön kuolema, kun synnytyksen lopullinen päätös on sektio, läheisen kuolema odotusaikana, ennenaikainen syntymä, vähäinen henkinen tuki, sekä liialliset tavoitteet, ylioptimistisuus, äitimyytti lisäävät oireilua. (Karila 1991, 22–23.)

Lapsivuodepsykoosi eli puerperaalipsykoosit ilmenevät dramaattisena todellisuudentajun, tietoisuuden, havaitsemisen, ajattelun ja tunne-elämän häiriintymisenä. Lisäksi korostuvat psykoottiset oireet, sekavuus, skitsofreniaoireet esim. kuuloharhat, ajatusharhat ja harhaluulot sekä väkivaltaiset ja tappamis-ajatukset ja käytös. (Eerola 1999, 45–46.)

Psykoosi vaatii erikoislääkärin hoitoa ja varsin usein sairaalahoitoa. Asianmukaisesti hoidettuna se on nopeasti ohimenevä ja paranee hyvin eikä mainittavia ongelmia psyyken kanssa ilmaannu, paitsi psykoosin uusiutumisherkkyys seuraavan synnytyksen jälkeen (Haarala 2006, 14; Ylikorkala & Kauppila 2008, 505.)

#### 5.4.1 Lapsivuodepsykoosin syitä ja riskitekijöitä

Ainoat obstetriset tekijät, joilla on merkitsevä yhteys lapsivuodepsykoosiin, ovat ensisynnyttäneisyys, keisarinleikkaus ja sikiön tai lapsen kuolema. Ensisynnyttäjien riski voi liittyä nuoreen ikään tai ensimmäisen lapsen psyykkiseen merkitykseen ja elämänmuutokseen, joka on tapahtunut lapsen myötä. (Eerola 1999, 45–46; Ylikorkala & Kauppila 2008, 505.)

Lapsivuodepsykoosien biokemiallista taustaa ei tunneta, mutta raskaudenaikaiset ja synnytyksen jälkeiset hormoniaineenvaihdunnan muutokset, kuten estrogeenipitoisuuden lasku synnytyksen jälkeen voi altistaa psykooseille. Joskus lapsivuodepsykoosin taas voi aiheuttaa raskausmyrkytys, verenvuoto, infektio, kilpirauhasen vajaatoiminta, Cushingin oireyhtymä (=tila, jossa lisämunuaiset tuottavat liikaa kortisonia tai muita hormoneja esim. kasvaimen johdosta) tai kasvaintauti. Raskaudenaikaiset tai synnytyksessä käytetyt lääkkeet, esim. verenpaine- ja kipulääkkeet voivat puolestaan laukaista psykoosin. (Eerola 1999, 46–47; Ylikorkala & Kauppila 2008, 505.)

Tutkimusten mukaan ei lapsivuodepsykoosi olisi itsenäisesti, spesifisesti periytyvä sairaus, mutta resessiivinen periytyminen olisi mahdollista. Elämäntapah-

tumien riskivaikutus on yleensä yhdistetty melkein kaikkiin psykiatrisiin häiriöihin, mutta eivät kuitenkaan ole tärkeitä laukaisijoita lapsivuodepsykooseissa. Naimattomuus on kuitenkin eri tutkimusten mukaan osoitettu lapsivuodepsykoosin riskitekijäksi. Sosiaaliset ongelmat syntyvät parisuhteen puutteesta ja näin ollen ne vähentävät mahdollisuutta psyykkisen tuen saantiin. (Eerola 1999, 48–49.)

Lapsivuodepsykoosiin sairastuneiden naisten on ollut vaikeaa käsitellä äitiyteen liittyviä tunteita; keskeistä on sekavuus, hämmennys, avuttomuus ja häpeä. Oireet kärjistyvät vaikeuteen omaksua äidin roolia. Nainen ei ole pystynyt samaistumaan omaan äitiinsä, joka on ollut liian kontrolloiva tai torjuva. Vastasyntyneen avuttomuus taas saa naisen yrittämään samaistumista yhä enemmän, mutta ristiriita saa hänet lopulta hylkäämään äidinroolinsa, varsinkin jos hän ei saa riittävästi tukea. Lapsivuodepsykoosin suurin riskitekijä on psykiatrinen sairaushistoria. Naisilla, joilla ei tällaista sairaushistoriaa ollut, sairastuivat 2 promillen todennäköisyydellä, kun taas sairastettu psykoosi tai vakava mielialahäiriö voivat aiheuttaa jopa 21 %–51 %:n todennäköisyyden uusiutua. (Eerola 1999, 48–49.)

## 5.5 Yhteenvetoa synnytyksen jälkeisistä psyykkisistä vaikeuksista

Lyhyenä yhteenvetona naisten synnytyksenjälkeisistä psyykkisistä vaikeuksista voidaan todeta, että herkistyminen on melko yleinen, joka poistuu nopeasti ja on näin ollen vain sopeutumisreaktio. Ikävintä siinä on, että se ilmaantuu juuri siinä vaiheessa kun äiti on lähdössä kotiin vauvan kanssa ja vastuu siirtyy kokonaan hänelle. Masennuksen tunteita ja muita lieviä oireita esiintyy noin 20–25 %. Masennusta psykiatrisen diagnoosiluokituksen mukaan esiintyy noin 10 prosentilla. Masennus voi vaihdella yksilöittäin ja sen mukaan kuinka kauan synnytyksestä on kulunut. Sairaalahoittoa vaativan vakavan psykiatrisen häiriön esiintyvyys on noin 0,002 % eli 2 promillea (2 naista 1000 synnytystä kohden). Lapsivuodepsykoosit ja lievemmat oireet ovat yksinomaan mielialahäiriöitä, joilla on korkea uusiutumisen todennäköisyys. Psyykkisten vaikeuksien kesto on 3 kk:sta vuo-

siin, joten psykiatrinen avohoito tai terapia on ajankohtaista. (Karila 1991, 22–23.)



## 6 KIINTYMYSSUHTEN KEHITYS ÄIDIN JA LAPSEN VÄLILLÄ

Viime vuosisadalla vallitsi erilaisia näkemyksiä kiintymyssuhteen syntymisestä. Vanhin näkemys on lähtöisin psykoanalyttisesta koulukunnasta. Sigmund Freud oletti vauvan kiintyvän äitiinsä, koska äiti tyydyttää vauvan oraaliset tarpeet. Muutamia kymmeniä vuosia myöhemmin behavioristit mielsivät kiintymyksen syntyvän koska äiti ravitsee nälkäistä vauvaa, jolloin tämä oppii yhdistämään äidin läsnäolon tarpeen tyydytykseen. Sekä psykoanalyttisen että behavioristisen näkemyksen mukaan kiintymys saa alkunsa ravinnonsaannista. (Silven 2010, 66–73.)

1935 etologi Konrad Lorenz julkaisi löytönsä leimautumisesta. Lorenz havaitsi että sorsan poikaset seurasivat emoaan, vaikka ne munasta kuoriuduttuaan pystyivätkin itse hankkimaan oman ravintonsa. Munasta kuoriuduttuaan poikaset leimautuvat mihin tahansa kohteeseen, joka äänteli ja liikkui emon tavalla. 1958 Harry Harlow osoitti, että emoistaan erotetut reesusapinoiden poikaset valitsivat emon korvikkeeksi mieluummin pehmeän ja lämpimän keinoemon kuin imettävän rautalankaisen keinoemon. Fyysisen läheisyyden tuoma lohdutus paljastui oraalista tyydytystä tärkeämmäksi. (Silven 2010, 66–73.)

Viime vuosisadalla merkittävin näkemys kiintymyksen syntymekanismista perustui Charles Darwinin evoluutioteoriaan. Se vaikutti voimakkaasti brittiläisen lastenpsykiatrin John Bowlbyyn (1907–1990), joka oletti kiintymyskäyttäytymisen olevan ihmisissä ja muissakin nisäkäslajeissa biologisesti säädeltyä. Kiintymystoimintaa ohjaava voima on riippumaton muista synnynnäisistä motivaatiojärjestelmistä kuten ravinnonsaannista. Bowlbyn mukaan kiintymyskäyttäytymistä ohjaavat geneettinen perimä ja lapsen muuttuva kasvuympäristö. Hän päätteli, että epäsosiaalisesti käyttäytyvät lapset olivat kohdanneet läheisissä ihmissuhteissa useammin menetyksiä ja eroja kuin lapset, jotka kärsivät levottomuus-, ahdistuneisuus- ja masennusoireista. Bowlby korosti todellisten tapahtumien merkitystä persoonallisuuden kehityksessä. (Silven 2010, 66–73.)

Kehityksen kulkua ohjaavat muistiin tallentuneet kokemukset. Varhaiset kokemukset säätelevät lapsen odotuksia uusissa vuorovaikutustilanteissa. Ne saavat lapsen kohtelevaa toista siten, että toisen käytös vahvistaa lapsen odotuksia ja voimistaa aiemmin koettua. Toisaalta jokainen uusi kohtaaminen voi muovata odotuksia uudelleen. Moderni kiintymyssuhdeteoria rakentui John Bowlbyn ja Mary Ainsworthin (1913–1999) tieteellisiin havaintoihin kiintymyssuhteista. Ainsworth teki päätelmiä varhaisen äidin hoivan merkityksestä lasten kiintymyssuhteen muotoutumisessa. (Silven 2010, 66–73.)

Kiintymyssuhdeteorian mukaan pieni lapsi muodostaa tunnesiteen eli kiintymyssuhteen läheisiin ihmisiin. Suhteesta lapsi saa turvaa, lohtua ja hoivaa. Lapsi kiintyy niihin ihmisiin, jotka omistautuvat hänelle säilyttäen häneen fyysisen ja psyykkisen yhteyden. Kiintymyssuhde syntyy niistä kokemuksista, joita lapsi saa ollessaan vuorovaikutuksessa läheisten kanssa. Jos vauva kokee menettävänsä yhteyden kiintymyksen kohteeseen, hän ilmaisee itseään kiintymyskäyttäytymisellä. Tällöin vauva etsii läheisyyttä katseen, ääntelyn, hymyn tai itkun keinoin sekä tulemalla fyysisesti lähemmäs. (Silven 2010, 66–73.)

Kun läheinen ihminen vastaa vauvan tarpeisiin esim. katsomalla ja puhumalla lempeästi, nostamalla lapsen syliin tai halaamalla ja suukottelemalla lasta, hän ilmaisee hoivakäyttäytymistä. Jos kiintymyksen kohde ei vastaa, vauva kokee epävarmuuden, pelon tai ahdistuksen tunnetta, koska hän mieltää jäävänsä yksin. Tällöin vauva voimistaa käyttäytymistään itkemällä kovempaa, liikkumalla kiintymyksen perään, takertumalla vaatteisiin tai kehoon. Jos vauvan tarpeisiin ei vastata riittävän usein, johdonmukaisesti ja ennakoivasti, lapsi ajan myötä oppii ylläpitämään läheisen ihmisen läsnäoloa tukahduttamalla tai voimistamalla läheisyyden tarpeen ilmaisunsa. (Silvén 2010, 66–73.)

Vauvat ovat hyvin herkkiä vanhemman emotionaalisen vasteen laadulle. Tavallisesti vanhemman positiiviset ilmaisut muodostavat kehyksen, jonka sisällä vauvan tunnetilat vaihtelevat neutraalin ja positiivisen ilmaisun välillä. Jos vanhempi ei kykene ilmaisemaan positiivisuutta, vauvan tunneilmaisut rajoittuvat neutraalista negatiiviseen. Masentuneiden ja vetäytyvien äitien vauvat ahdistu-

vat yrittäessään yksin säädellä äidin vetäytymisestä johtuvia negatiivisia tunteita siinä kuitenkaan onnistumatta. (Mäntymaa & Tamminen 1999.)

## 6.1 Tunnesiteen muodostuminen

Kiintymyssuhde on kahden läheisen ihmisen välinen tunneside. Kiintymyssuhde kehittyy aina vuorovaikutuksessa toiseen ihmiseen. Lapsen kiintymyssuhteen kehitymisessä ovat vanhemmat avainasemassa. Vanhemmat ja hoitajat vaikuttavat omalla käyttäytymisellään lapsen turvallisen kiintymyssuhteen kehittymiseen. (Antikainen 2008.)

Vastasyntynyt on ohjelmoitu keskittämään huomionsa yhteen aikuiseen, yleensä äitiin. Tästä suojelijahahmosta tulee vauvalle yhä tärkeämpi, kun hän kasvaa. Ellei hänellä ole tällaista suojelijaa, myöhemmällä iällä saattaa tulla tunne-elämän häiriöitä. (Morris 2008, 31.)

Lapsi ei ole valikoiva ensimmäisinä kuukausina valikoiva syliin ottavan ja hellivän aikuisen suhteen. Tässä mielessä alku on hidas, mutta tavallisesti 6 kuukauden iässä tunnesiteen kehitys pääsee kunnolla vauhtiin ja sen jälkeen lapsi on hyvin tarkka sen suhteen kehen hän luottaa. (Morris 2008, 31.)

### 6.1.1 Erityinen tuoksu

Ihminen saa monenlaisia aistikokemuksia jo ennen syntymäänsä, minkä jälkeen aistit kehittyvät kypsymisen ja vuorovaikutuksen tuloksena. Vastasyntynyt vauva on valmiiksi suuntautunut aistimaan vuorovaikutuksen kannalta olennaisia seikkoja. Lapsen ja äidin välinen kiintymys pohjautuu ikivanhoihin ominaisuuksiin, kuten hajuaistiin. Vauva pystyy tunnistamaan äitinsä kehon yksilöllisen tuoksun perusteella ja äiti tunnistaa vauvansa samalla tavalla. (Morris 2008, 31) Kokemuksen myötä ihminen pystyy erottelemaan erilaisia hajuja toisistaan

ja paikallistamaan hajun lähteen. Hajuaistimukset herättävät usein miellyttäviä tai epämiellyttäviä tunnereaktioita sekä muistoja aiemmista tilanteista tai kokemuksista. (Siikström-Kurki ym. 1995.)

### 6.1.2 Äänen voima

Kuuloaistin kehitys alkaa jo ennen syntymää. Ensimmäisen ikävuoden aikana lapsi oppii tunnistamaan, paikallistamaan ja erottelemaan erilaisia ääniä. Aluksi lapsi reagoi kokonaisvaltaisesti ympäristönsä ääniin. Vähitellen hän kykenee yhä tietoisemmin kuuntelemaan, kääntämään päätään ja etsimään katseellaan äänilähdettä. Äiti tunnistaa vauvansa itkun perusteella. Tämä on yksi tunteeseen liittyvistä ominaisuuksista, joka unohtunut nykyaikaisen elämäntavan myötä. Asunnoissa on nykyään vain yksi vastasyntynyt, joten herkkyyttä herätä vain oman vauvan itkuun tarvitaan hyvin harvoin. Vastaavasti vauva on hyvin herkkä oman äidin äänelle. Vauvaa tuudittaessa äidit asettavat vauvan päänsä vasemmalle rinnalleen. Näin vasen korva erottaa äidin äänen herkemmin. Vasemmasta korvasta informaatio kulkee oikeaan aivopuoliskoon, joka on herkkä äänten tunteisiin vetoaville ominaisuuksille. (Morris 2008, 31.)

### 6.1.3 Tunnesiteen perusta

Aikuisten tasavertainen rakkaussuhde voi syntyä ainoastaan terveelle perustalle, pohjalle, jota aletaan rakentaa ihmisen ensimmäisestä elinpäivästä lähtien. Lapsi tarvitsee hoitajiltaan paljon muutakin kuin fyysistä tarpeista huolehtimista kehittyäkseen normaalisti. Jos ihmislasten on määrä kehittyä lopulta terveiksi, riippumattomiksi ja yhteiskuntaan sopeutuviksi aikuisiksi, he ovat ehdottoman riippuvaisia siitä, että heitä on autettu hyvään alkuun, ja tämän hyvän alun varmistaa luonnossa äidin ja pikkulapsen välillä side, rakkaudeksi kutsuttu. On helppo ymmärtää, kuinka ravinnon ja lämmön puute haittaavat lapsen normaalia kehitystä, sen sijaan on vaikeampi hyväksyä ajatusta, että äiti pystyisi toi-

minnallaan jopa tuhoamaan lapsen henkisesti. Ei välttämättä suoranaishella julmuudella, vaan rakkaudettomuudella. (Aula ym. 1996.)

Äidin ja vauvan välinen tunneside perustuu molemminpuoliseen kasvojen, tuoksujen ja äänien tunnistamiseen. Tämä osoittaa, kuinka ikivanha ja syvään juurtunut tunneside on ja kuinka tärkeää on viettää mahdollisimman paljon yhteistä aikaa ensimmäisten kuukausien aikana. (Morris 2008, 31.)

## 7 ÄIDIN JA LAPSEN VARHAINEN VUOROVAIKUTUS

Synnytykseen johtava prosessi on äidin ja sikiön välistä hienovaraista vuorovaikutusta. Äidin ja sikiön kehot reagoivat toisiinsa herkästi, että kukin vaihe seuraa täsmällisesti edeltänyttä vaihetta. (Deans 2005, 148.)

Jo vastasyntynyt osaa kommunikoida, jos vain aikuinen osaa tulkita hänen viestejään. Vauvan kyvyt vastata ovat rajalliset, mutta jos häntä seuraa, voi huomata ihmeitä: kuullessaan äidin äänen, vauva kääntyy ääntä kohti lopettaen itkunsa ja kuuntelee. Hän katsoo aikuista silmiin ja matkii tämän kasvonilmeitä. Vastasyntyneellä on parikymmentä kasvonilmettä ja muutaman viikon kuluttua niitä on jo kaksisataa. Kolme ja puoli kuukautinen vauva hallitsee katsettaan aikuisen tavoin, joten hänellä on käytössään väline hallita kasvokkain tapahtuvaa seurustelua. (Peltonen 1994, 139.)

Äidin mieliala vaikuttaa lapsen kognitiiviseen, emotionaaliseen ja sosiaaliseen kehitykseen. Epäjohdonmukaisuutta vauvan ja äidin väliseen vuorovaikutukseen tuo äidin vähentynyt tunneherkkyys. Vauva ei saa tällöin tarvitsemaansa tunnevastetta ja kannustusta äidiltään ja näin hänen omat vuorovaikutustaidot eivät kehity: vauva ei osaa vastata hymyyn eikä katsoa silmiin jos ei ole saanut osakseen hellyyttä eikä hymyjä. (Salo E. 2000.)

Vastasyntyneen kaikki viisi aistia ovat toimintavalmiita syntymästä lähtien ja valmiina vastaanottamaan tietoja ympäristöstä, vaikea on kuitenkin tietää mitä vastasyntynyt aistii. Hermoston kypsymisen keskeneräisyyden vuoksi havaintojen hahmottuminen ja jäsentyminen on vielä alkeellista, mutta aivoissa syntyy koko ajan tärkeitä hermosolujen yhteyksiä ja saavat aikaan yksilöllisen soluverkoston. (Kantero ym. 2008, 32.)

Vuorovaikutuksen kannalta ovat uudet tutkimustulokset vastasyntyneillä tuoneet mukanaan ainakin kolme merkittävää johtopäätöstä. Ensiksi lapsi on syntymästä lähtien erityisesti ja valikoivasti reagoiva inhimillisille ominaisuuksille. Suurin

aktiivinen kiinnostuksen kohde ovat ihmiskasvot. Myös useimmat tutkimukset ovat osoittaneet, että lapsella on alttius reagoida erityisesti ihmisäänelle. On todettu, että lapsi pystyy erottamaan ihmisen toiminnan muusta tapahtumasta. Toisena johtopäätöksenä on muodostunut, että vastasyntynyt kykenee vuorovaikutukselliseen ilmaisuun. Tutkimukset ovat osoittaneet, että vastasyntyneen kasvolihakset toimivat yhdessä hyvin samalla tavalla kuin vaaditaan aikuisen kasvoneleiden muodostamiseen. Tästä johtuu, että vastasyntyneen kasvot ovat hyvin ilmeikkäät. Kolmanneksi vastasyntyneet tottuvat ja mieltyvät tiettyihin ominaisuuksiin joita heitä vakituisesti hoitavilla henkilöillä on. Oman äidin kasvoin vauva tottuu heti syntymän jälkeen ja äidin ääneen jo 1-2 vuorokauden kuluessa. Äidin rintamaidon muusta rintamaidosta vauva erottaa hajun perusteella 5-6 vuorokauden iässä. Äidin muusta naisesta vauva erottaa kahden viikon iässä kun hänet nostetaan pimeässä ja ääneti syliin. (Tamminen 1990.)

Pikkulapsitutkimus on osoittanut todeksi sen, mitä useimmat äidit ja isät ovat tienneet vaistomaisesti: Vastasyntyneelle ei ole yhdentekevää, tuntee ko hän vain liinojen ja laitteiden vai ihmisen kosketuksen. Vastasyntynyt reagoi syntymästään asti erityisesti inhimillisiin ominaisuuksiin. Hän on ensi hetkistä asti valmis vuorovaikutukseen. Lasta säännöllisesti hoitava saa kokea olevansa lapsen valittu: lapsi mieltyy nopeasti ja valikoivasti häntä säännöllisesti hoitavien henkilöiden ominaisuuksiin. Leimautuminen on molemminpuolista. Myös aikuinen kiintyy lapseen tätä hoitaessaan. Pienestä vauvasta kehittyy ihminen vuorovaikutuksessa hoitajaan. (Hermanson 2008.)

Ensimmäisten elinvuosien varhaisen vuorovaikutuksen riittävän hyvä laatu tukee lapsen psyykkistä terveyttä. Psyykkinen terveys tarkoittaa psyykkisten häiriöiden puuttumista, tasapainoista ja hyvää elämää. Pohjimmiltaan on kyse myös aivojen toiminnan kehittymisestä. Ensimmäiset elinvuodet ovat aivojen kiihkeintä kasvuaikaa. On todettu, että varhaiset negatiiviset kokemukset saattavat muuttaa aivojen rakennetta ja toimintaa. (Hermanson 2008.)

Elämän peruskysymyksiä on, miten ihminen on suhteessa toisiin ihmisiin. Parhaat eväät selviytyä saa se, joka lapsena saa riittävästi vanhempiensa eläytävää tukea. Tuki auttaa luomaan itsearvostusta, mikä merkitsee tunnetta siitä,

että itseen ja toisin voi luottaa. Jos ei voi luottaa itseensä, miten voisi luottaa muihinkaan? Moniko ihminen kestää lähellä, jos jatkuvasti suhtautuu häneen varauksellisesti ja kielteisesti? (Hermanson 2008.)

Kaikki asiantuntijat eivät nykyisin pidä käsitteestä "varhainen vuorovaikutus", sillä heidän mielestään asiasta on tehty aivan liian juhlallinen. Kyse on tavallisista asioista, jotka normaalitilanteessa tulevat vaistovaraisesti. Vanhempi hakee katsekontaktia lapseen, haluaa pitää tätä lähellä, juttelee tälle pehmeällä äänellä ja pyrkii kaikin tavoin ymmärtämään vauvan tarpeita. Vauva oppii nopeasti vastaamaan kontaktiin, aluksi katseella, myöhemmin ääntelyllä ja hymyillä. (Hermanson 2008.)

Kun vuorovaikutus – tai yhdessäolo ja kanssakäyminen – toimivat hyvin, vanhempi pystyy nauttimaan lapsestaan ja on emotionaalisesti saatavilla. Hän kykenee vastavuoroisuuteen ja ennustettavuuteen, jolloin luottamus ympäristöön kasvaa. Lapsi kokee, että vanhempi ymmärtää ja hyväksyy hänen tarpeensa ja tunteensa. Samalla hän oppii, että hän saa viestittää tunteistaan ja kokemuksistaan muille ihmisille, ja että se johtaa myönteiseen lopputulokseen. Siten hän oppii vähitellen tunnistamaan omia tarpeitaan ja tunnetilojaan. Sillä on suuri merkitys lapsen emotionaalisen itsesäätelyn ja myönteisen itsetunnon rakentumisen kannalta. Ilman kiintymyssuhdetta vauvaa on raskasta hoitaa. Kiintymyssuhde voi vaurioitua, jos vauva ja vanhempi joutuvat kauan olemaan erossa toisistaan, jos äiti masentuu tai jos vauva on jostain syystä tavallista vaikeahoidoisempi. (Hermanson 2008.)

Vauvalla on alusta alkaen kyky ja tarve olla vuorovaikutuksessa, katsekontaktissa, vastavuoroisessa ääntelyssä ja hymyilyssä. Ensimmäisissä ihmissuhteissa vauva oppii, millainen hän on, millaisia muut ihmiset ovat, miten häntä hoivataan ja kohdellaan sekä miten hän itse vaikuttaa häntä hoitaviin henkilöihin. Lapsen mieleen syntyy malli yhdessä olemisesta. Se on pohja sille, miten hän myöhemminkin ennakoii vuorovaikutustilanteita, osallistuu niihin, havainnoi ja tulkitsee niitä. Lapsi tarvitsee pysyviä ja lämpimiä suhteita häntä hoitaviin aikuisiin. Toistuvat vuorovaikutuskokemukset varhaisvuosina vaikuttavat myös aivojen kehitykseen eli ne muovaavat osin aivojen toiminnallisia rakenteita. Jokai-



nen lapsi kuitenkin kehittyy omassa, yksilöllisessä aikataulussaan ja oppii uusia taitoja ja asioita, kun on siihen kypsä. Suuresta painoarvosta huolimatta varhaisvuosien kokemusten ei kuitenkaan tarvitse leimata koko loppuikää: asioiden tiedostaminen ja työstäminen, kehittyminen ja kasvu ovat mahdollista läpi elämän. (Mannerheimin lastensuojeluliitto, vanhempainnetti)

Varhaisella vuorovaikutuksella tarkoitetaan kaikkea lapsen ja vanhempien yhdessä tekemistä, kokemista ja olemista ensivuosina. Riittävän hyvä vuorovaikutussuhde lapsen ja vanhempien välillä on nykytiedon valossa erityisen tärkeää. Kun vanhempi on herkkä vauvansa ja pienen lapsensa viesteille, tulkitsee niitä yleensä lapsen tarpeiden kannalta oikein, ja vastaa niihin johdonmukaisesti, lapselle rakentuu mielikuva: minä olen hyvä, minun tarpeeni ovat tärkeitä, minusta on iloa, maailma on hyvä paikka. Tämä perusturvallisuuden ja luottamuksen kokemus heijastuu lapsen myöhempiinkin ihmissuhteisiin ja luo pohjaa hyvälle itsetunnolle ja minäkuvalle ja kehittää empatiakykyä. Kun lapsella on riittävä perusturva, hän kykenee ympäristönsä tutkimiseen ja valloittamiseen: leikkimään, luomaan ja oppimaan uutta. Lapsi oppii myös hakemaan ja vastaanottamaan hoivaa ja tukea silloin, kun hän sitä tarvitsee. Jos lapsen tarpeet laiminlyödään jatkuvasti tai niihin vastataan hyvin sattumanvaraisesti ja arvaamattomasti, lapsen on vaikea oppia luottamaan elämään tai itseensä. (Rossi 2005.)

Lapsen kehitykselle on tärkeää, että hän voi solmia pysyvän ja pitkäkestoisen tunnesuhteen muutamaa häntä pääsääntöisesti hoitavaan aikuiseen, tavallisimmin äitiin ja isään. Lapsen ja vanhemman välille syntyy kiintymyssuhde, tunneside, joka muotoutuu ja vahvistuu yhteisissä arjen touhuissa. (Rossi 2005.)

Riittävän hyvä varhainen vuorovaikutus ei ole erityisiä taikatemppuja. Pysyvät ihmissuhteet ja tavallinen lapsiperheen arki, jossa toistuvissa ja tutuissa rutineissa huolehditaan lapsen perustarpeista (uni, ruoka, puhtaus, ulkoilu) ja jossa osoitetaan rakkautta ja hyväksyntää ja asetetaan turvallisia rajoja, on oivallinen perusta varhaisvuosien hyvälle kasvulle. (Rossi 2005.)

Kylvetys, vaipan vaihto, ruokailu, nukkumaan laittaminen, ulkoilu, leikkiminen, loruilu, lohduttaminen, satujen lukeminen ja muut arjessa toistuvat yhteiset hetket ovat niitä, joissa kohdataan, seurustellaan, jaetaan kokemuksia, osoitetaan ja jaetaan tunteita, opetellaan yhdessä elämistä ja ollaan vuorovaikutuksessa. (Rossi 2005.)

Lapsi tarvitsee vanhemman aikaa ja tunnetta siitä, että vanhempi iloitsee ja nauttii hänen kanssaan olemisesta. Yhteisellä tekemisellä ei tarvitse aina olla suunnitelmia ja päämääriä, tärkeää on olla yhdessä ja jakaa erilaisia kokemuksia. Välillä vanhempi houkuttelee vauvaa yhteiseen touhuun ja vauva vastaa siihen. Välillä taas aloite, esim. itku, jokeltelu tai lelun näyttäminen, tulee vauvalta, ja vanhempi vastaa: lohduttaa, rauhoittaa, juttelee takaisin, yhtyy lelun ihmettelyyn, ihastelee vauvan taitoja. (Rossi 2005.)

Kukin vauva ja vanhempi ovat erilaisia perustemperamentiltaan. Se asettaa erilaisia haasteita myös heidän väliselle vuorovaikutukselle ja muovaa sitä oman näköiseksi. Reseptiä yhteen ainoaan oikeanlaiseen suhteeseen ei ole olemassa. Molemminpuolinen tutustuminen ja vauvan hoidon harjoittelu vievät aikaa – ei tarvitse pelästyä, jos tuntee itsensä aluksi kömpelöksi tai epävarmaksi. (Rossi 2005.)

## 7.1 Varhaisen vuorovaikutuksen merkitys lapsen kehitykselle

Lapsen sisäinen kokemus muodostuu ensimmäisen puolentoista vuoden aikana. Vaihteita on viisi: Ensimmäisessä vaiheessa, joka kestää syntymästä noin 2–3 kk ikään, vauvan orastava minuuus ja ihmissuhde alkavat kehittyä. Toisessa vaiheessa hänen sisäinen kokemus laajenee ydinminuuden ja ydinihmissuhteen vaiheeseen. Kolmas vaihe, joka ilmenee 6–9 kk:n iässä, subjektiivinen minuuus ja yksilöiden välinen ihmissuhteen kokeminen muodostuu. Neljännessä vaiheessa kehittyvät verbaalinen minuuus ja ihmissuhteet. Viides vaihe, joka on 3–4 vuoden iässä, lapsi saavuttaa kertovan minuuden ja ihmissuhteen vaiheen. Kun

nämä sisäiset kokemusalueet ovat kerran muodostuneet kunnolla, ne muodostavat pohjan minuudelle ja kestävät läpi elämän. (Tamminen 1990, 31.)

## 7.2 Äiti-lapsisuhteeseen vaikuttavia tekijöitä

Äiti-lapsisuhdetta on käsitelty monissakin tutkimuksissa, mutta tutkittavat asiat ja menetelmät ovat vaihdelleet huomattavasti, ja tästä johtopäätöksenä on, että vuorovaikutussuhde on vaikeasti mitattavaa. Äidin aikaisemmat kokemukset vastasyntyneen suhteen on yhteys äidin ja lapsen vuorovaikutukseen. Uudelleen synnyttäjillä ilmeni vähemmän vaikeuksia lapsensa suhteen, kun lapsi itki he reagoivat siihen nopeammin ja he olivat iloisempia ja tyytyväisempiä lapseen. (Tamminen 1990, 27–28.)

Raskauteen ja synnytykseen liittyvillä tekijöillä on arveltu olevan yhteyttä varhaiseen vuorovaikutukseen. Äidin kykyyn toimia vanhempana saattaa raskaudenaikainen stressi vaikuttaa negatiivisesti ja tämä taas voi vaikuttaa lapsen tilaan. On osoitettu, että synnytyksen käynnistyksellä, keisarinleikkauksella, pih-tisynnytyksellä sekä äidin analgesialla eli kivottomuudella on haitallista vaikutusta varhaiseen vuorovaikutukseen. Puolestaan kotisynnytyksellä on positiivinen vaikutus äidin kiintymyssuhteeseen lasta kohtaan. Hoivaavan käytöksen äidissä laukaisevat vauvan fyysiset ominaisuudet. Varhaiseen vuorovaikutukseen negatiivisesti vaikuttavat vastasyntyneen poikkeava ulkonäkö, esim. keskosuus tai epämuodostuneisuus. Myös vastasyntyneen käyttäytymisellä, lapsen kontaktilla, on vaikutusta vanhempien reaktioihin. Lapsen sukupuolella voi olla myös merkitystä, sillä äidit stimuloivat eli virkistävät enemmän poikavauvoja. Sukupuoli voi vaikuttaa myös vauvaan, sillä ”pojat nukkuvat vähemmän ja itkevät enemmän”. Äidin varhaisilla tuntemuksilla on merkitystä varhaiselle kiintymyssuhteelle. Tutkimusten mukaan 40 %:lla ensisynnyttäjillä ei heti ilmaannu kiintymystä tai heillä voi olla negatiivisiakin tunteita vastasyntyntä kohtaan. (Tamminen 1990, 28–30.)

Tutkijat ovat osoittaneet kolme seikkaa, jotka ovat ennusteellisia tekijöitä riittämättömälle vanhemmuudelle: 1. Vanhemmat eivät osoittaneet hellyyttä vauvalle koskettelemalla, hyväilemällä tai tutkimalla. 2. He eivät jutelleet tunteella lapselle ja 3. olivat pettyneitä lapsen sukupuoleen. Vierihoido edistää kuitenkin vanhempien selviytymistä lapsen hoidosta kotona. Tutkimukset ovat alustavasti osoittaneet, että isällä, samoin kuin muillakin henkilöillä, on oma suora vaikutus lapseen ja hänen kehitykseensä. (Tamminen 1990, 28–30)

Myös tietyt olosuhteet voivat haitata vauvan tunne-elämän kehitystä ja kykyä rakentaa inhimillisiä suhteita toisiin ihmisiin. Enneaikaista syntymää ja syntymää edeltävä stressi voivat aiheuttaa sen, että vauva on hyvin herkkä. Yliherkkyys kuulo-, näkö-, maku-, kosketus-, ja liikeaistien avulla tapahtuville havainnoille voi haitata vauvan kiintymyksen kehittymistä. Tällainen vauva kääntää katseensa pois kun vanhempi yrittää luoda vuorovaikutussuhdetta hänen kanssaan. Hän voi vavista tai jäykistyä kun häntä hyväillään. Kun hänet otetaan syliin, hän panee vastaan. Jos vauva pulauttaa ruuan pois tai hänen on vaikea niellä sitä, hoitaja tuntee itsensä torjutuksi. Ja näin hän epäonnistumista ja vihaa, eikä silloin rohkaistu hoivaamaan lasta lämpimästi eikä leiki hänen kanssaan. Tämä puolestaan lisää vauvan kaikkia mahdollisia kehitysongelmia. (Brazelton 1995, 255.)

Vakavalla masennuksella on sekä somaattinen että vuorovaikutuksellinen ulottuvuus. Somaattisella ulottuvuudella tarkoitetaan sitä, että masennuksen oireet perustuvat muutoksiin aivojen toiminnassa ja tulevat esille poikkeavina tunnereaktioina, uni- ja ruokailuvaikeuksina, fyysisenä väsymyksenä ja ajattelun vääristymisinä. Vuorovaikutuksellinen ulottuvuus taas ilmenee ihmissuhteissa, tavassa toimia toisten ihmisten kanssa, kokea ja tulkita toisen puheita ja tekemisiä. Masennus eroaa monista muista mielenterveyden ongelmista, kuten alkoholismista, psykooseista, fobioista ja pakkoneurooseista. Niissä omaisen käytös on selkeästi normaalista poikkeavaa ja myös lapset huomaavat että vanhemmalla on ongelma. Tässä on yksi syy miksi vanhemman masennus on yksi vaikeimpia häiriöitä lapsen kehityksen kannalta. (Inkinen 2001, 36–51.)

Perheen arkielämä on tehty monista pienistä ja suurista askareista ja perheenjäsenten kohtaamisista. Yhteisissä tilanteissa välitetään viestejä sekä sanoilla että ilman sanoja, tekemisillä ja tekemättä jättämisillä. Kyky aistia toisen ihmisen tilaa on inhimillisen kanssakäymisen perustaitoja. Pieni vauvakin reagoi äitinsä sylissä eri tavalla silloin kun äiti pitää tukevasti ja lämpimästi kuin silloin, kun äidin ote on epävarma ja mieli aivan muualla. Psyykkisesti häiriintyneen vanhemman tunnereaktiot ja tapa ajatella ja toimia ovat poikkeavia ja näkyvät ilmeissä, eleissä, olemuksessa, puhetavassa, hymyilyn määrässä, toimeliaisuuden luonteessa ja määrässä. Nämä ovat osa lapsen arkista elämää ja kokemusmaailmaa. Ne saattavat myös vaihdella hetkestä ja päivästä toiseen. Lapsen on mahdoton tietää, mistä on kysymys ja mitä milloinkin on tulossa. (Inkinen 2001, 36–51.)

### 7.2.1 Imettämisen merkitys äiti-lapsi suhteelle

Rintaruokinnassa ei ole kysymys vain hygieniasta tai lapselle parhaimmin soveltuvasta ravinnosta, vaan fyysisen kosketuksen vaikutuksesta lapsen kehitykseen ja äidin henkiseen kasvuun. (Latvasalo 2001, 11.)

Imettäminen on psykofyysinen ja psykososiaalinen tapahtuma äidin ja lapsen kannalta, jonka tarkoitus on lapsen ja äidin välisen läheisyyden ja ihokontaktin avulla oppia tuntemaan toisiaan. Odotusaikana äiti on tietoinen lapsestaan tuntemiensa liikkeiden perusteella ja vastaavasti lapsella on kokemus äidistään kuuloaistimuksen perusteella. Synnytyksessä äiti menettää fyysisen yhteyden lapseensa. Imetystä voidaan pitää psykofyysisenä ”välivaiheena” äidin ja lapsen puhtaasti psyykkiseen vuorovaikutussuhteeseen. Äiti-lapsi-suhteen kehittymiselle on välttämätöntä äidin ja lapsen läsnäolo. Imetys lujittaa äidin ja lapsen välisten tunnesiteiden muodostumista. (Saarinen 1995, 3; Latvasalo 2001, 11.)

Edellytykset varhaiskontaktille luodaan jo synnytyssalissa: vastasyntynyt nostetaan äidin paljaalle rinnalle ja tapahtuu ensimmäinen imetys ns. varhaisimetys. Imetystilanteessa äiti ja lapsi saavat kokemuksia toistensa kanssa vuorovaiku-

tuksessa olemisesta intensiivisesti, koska se sisältää paljon fyysistä kosketusta ja läheistä katsekontaktia. Toiminnot, jotka synnytyksen jälkeisinä tunteina lisäävät äidin ja lapsen yhdessäoloa ja edistävät imetyksen onnistumista, ovat varhaiskontakti, varhaisimetys ja vierihoito. (Saarinen 1995, 3-4.)

Rintaruokinnan aloittaminen on usein hetki, jossa äiti ja lapsi kohtaavat toisensa erillisinä ensimmäisiä kertoja sekä fyysisesti että psyykkisesti. "Tässä luodaan näyttämö varhaiselle vastavuoroisuudelle." Vastasyntyneet ovat hyvin erilaisia. Toiset ovat alkujaan aktiivisesti ja tarttuva heti oikealla otteella tarjottuun rintaa hyvin hanakasti. Jos äidiltä tulee rintamaitoa herkästi ja runsaasti, vastavuoroisuus saa tältä osin hyvän alun ja on äidille tyydyttävä ja itsetuntoa kohentava kokemus. Jos taas lapsi onkin unelias ja passiivinen eikä halua imeä äidin tarjoamaa rintaa, kokee äiti tämän voimakkaana epäonnistumisena. Hänen tarjoamisensa ei kelpaa lapselle ja huoli lapsen ravinnon saamisesta täyttää mielen. Öiden nukkumiset, kontaktin vauvan seurustelun tarve ovat muita tällaisia seikkoja, joissa voi tulla ongelmia sekä pettymyksiä ja voivat toimia laukaisevana tekijänä masennukseen. (Myllärniemi 2009, 130–131.)

Imetys luo kiinteän ruumiillisen ja henkisen yhteyden. Ensinnäkin äiti ja vauva ovat pitkiä aikoja ihokontaktissa. Äiti ja vauva opettelevat toistensa viestejä ja yrittävät löytää yhteispelin. Yhteys ei ole pelkästään psyykkinen, vaan myös kemiallinen. Ihokosketus vapauttaa äidissä ja vauvassa endorfiinia, elimistön morfiinia. Näin he oppivat että toisen koskettaminen tuottaa mielihyvää. Hormoni luo äidin ja vauvan välille tunnetason yhteyden ja herättää äitiyden tunteet. Kun vauva imee rintaa, äidin ja vauvan hermostoissa käynnistyy ilmiö joka saa äidin ja vauvan toimimaan samassa tahdissa, esim. "ruoansulatus, unisuus ja kasvu tahdistuvat hämmästyttävällä tavalla." (Borelius 1995, 104; Latvasalo 11–12.)

Imetys voi olla masentuneellekin äidille positiivinen kokemus. Se voi parantaa äidin ja lapsen välistä vuorovaikutusta ja olla äidille se ainut luonnollinen kontakti lapseensa. Imetyksen lopettaminen voi jopa lisätä epäonnistumisen tunnetta ja ahdistuneisuutta ja näin lisätä masennusta. Joillekin äidille imetys voi muodostua painolastiksi. Näissä tilanteissa äiti tarvitsee hyvin ammattitaitoista

imetysohjausta, mutta joskus vasta imetyksen lopettaminen helpottaa äidin oloa. (Koskinen 2008, 132.)

Pullorumba ei välttämättä helpota väsyneen äidin tilannetta. Jos äiti saa apua kotitöihin, tukea ja imetyksen sujumaan, imetys antaa silloin hänelle myös lukuisia päivittäisiä lepohetkiä samalla kun se vahvistaa äidin ja vauvan suhdetta. (Niemelä 2006, 107.)

### 7.2.2 Vuorovaikutustanssi äidin ja lapsen keskustelun välineenä

Kun äiti masentuu, voi vauvan hoito käydä ylitsepääsemättömäksi. Vauva ei voi kuitenkaan odottaa äidin paranemista. Vauva saattaa tarvita ”keskusteluapua”; hänen pitää saada tulla kuulluksi. Vuorovaikutustanssi muun aikuisen kanssa voi tällöin olla vauvalle terapiaa. (Jouhki & Markkanen 2007, 33.)

Vuorovaikutustanssi lähtee ajatuksesta, että vauvan liikkeet ja ajatus ovat yhtä. Vauvan liikkeet ovat vielä hyvin hapuilevia ja jäsentymättömiä, mutta toistoilla jäsennetään liikkeitä ja samalla myös vauvan ajattelua. Vauvan opittua liikkeet, hän alkaa tanssittaa aikuista. Vuoropuhelu syntyy kun aikuinen seuraa ja on vauvan vietävänä. Liikkeet vaikeutuvat vauvan iän ja kehityksen myötä. Vuorovaikutustanssi on vauvalle kiinnostavaa, sillä hän saa viestejä monella aistilla yhtä aikaa: hänelle puhutaan, häntä kosketetaan ja samalla pidetään katsekontakti. Kun tanssi toimii vuorovaikutuksen keinona, siinä ei yleensä käytetä musiikkia tai laulua, sillä ne helposti rytmittävät liikkeiden avulla tapahtuvaa vuoropuhelua enemmän kuin vauvan oma liike. Vuorovaikutustanssilla ei vauvaa pyritä treenaamaan, eikä tehdä vaarallisia liikkeitä. Liikkeet ovat hyvin tavallisia jumppaliikkeitä, joita vauvan kanssa muutenkin tehdään. Suurin ero on siinä, että vauva itse päättää mitä tehdään (Jouhki & Markkanen 2007, 33–46.)

## 8 LAPSEN NORMAALI KASVU JA KEHITYS

Lapsen normaaliin kehitykseen kuuluu motorinen kehitys, kognitiivinen kehitys, kielellinen kehitys sekä psyykinen, emotionaalinen ja sosiaalinen kehitys. Lapsen kehitys on yksilöllinen erilaisten kehitystapahtumien ketju, jota ei voida täysin yleistää. Kehitykseen vaikuttavat aina sekä biologiset että ympäristölliset tekijät. Ympäristövaikutukset eivät voi nopeuttaa geeniperimän ohjaamaa kehitystä, mutta voivat hidastaa jos kasvuolosuhteet ovat heikot. Kehittyäkseen normaalia vauhtia lapsi tarvitsee kehitystasolleen sopivia virikkeitä ja vuorovaikutussuhteita. Lapsi pyrkii olemaan luonnollisesti vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa, mikäli tämä ei onnistu, kehitys hidastuu. (Bredbacka & Hietajärvi 2005,4.)

Lapsen toiminta, tiedot ja emootiot vaikuttavat aikaisimpiin sosiaalisiin suhteisiin, erityisesti koskien vanhempia ja muita merkityksellisiä aikuisia. Olennainen kysymys ei ole vaikuttaako lapsuusaika myöhempään persoonallisuuden kehittymiseen vaan kysymys siitä miten lapsuusaika vaikuttaa myöhempään kehitykseen. Tästä huolimatta lapsuusaikaa tulisi pitää tärkeänä itsessään, ei ainoastaan tulevaisuuden perustana. (Bredbacka & Hietajärvi 2005, 4.)

### 8.1 Lapsen fyysinen ja motorinen kehitys

Fyysisessä kehityksessä ensimmäinen ikävuosi on voimakkaimman kasvuaikaa lapsen kehityksessä. Lapsen normaali kasvu edellyttää terveyttä, riittävää ravitsemusta ja liikuntaa sekä rakkautta. Kasvu on hyvinvoinnin mittari. Lapsi kehittyy ja kasvaa oman aikataulunsa mukaisesti. (Haara 1999.)

Oman kehon ja esineiden hahmottaminen kehittyy. Syntymän jälkeen vastasyntyneellä on tiettyjä alkeellisia hermoheijasteita, niin sanottuja primitiiviheijasteita, joita kutsutaan hamuamis-, imemis- ja nielemisreflekseiksi. Ne antavat vastasyntyneelle valmiuden ravinnon saantiin. (Kakkonen & Kyllönen 2009, 3.)



Tarttumisheijaste tulee esille, vastasyntyneen kämmentä tai jalkapohjaa kosketaan, jolloin sormet tai varpaat taipuvat. Kävelyheijaste tulee ilmi, kun lapsi nostettaessa seisoma-asentoon, alkaa jaloille polkea kuin kävellessä. Säpsähdysten eli moroheijasteen saa esille laskemalla vastasyntyneen päätä nopeasti taaksepäin. Tällöin vastasyntynyt säpsähtää eli suoristaa nopeasti raajansa. (Kakkonen & Kyllönen 2009, 3) Primitiiviheijasteet jäävät pois n. 3 kk:n iässä ja niiden poisjääminen on tärkeää hermoston kehittyessä. (Haara 1999.)

Vauva hymyilee ensi kerran noin 6 viikon ikäisenä ja nauraa noin puolen vuoden ikäisenä. Siihen mennessä hän on myös oppinut jokeltelemään muille ja tunnistaa oman peilikuvansa. Ensimmäisten elinkuukausien reagointi näkö- ja kuulo havaintoihin vaihtuvat viiden kuukauden iässä katseen siirtämiseen kohdesta toiseen ja kuulon kohdistamiseen ääntä kohden. (Haara 1999.)

Ensimmäisinä kuukausina liikkeet ovat hyvin koordinoimatonta sätkimistä ja potkimista. Viiden kuukauden iässä vauva osaa jo kääntyä selältä vatsalleen ja nostaa päätänsä ja ylävartaloaan käsiensä avulla. Selkä ei vielä ole kehittynyt, joten istuminen ei vielä onnistu. Puolivuotiaana lapsen käsien koordinaatio on jo niin kehittynyt, että esineiden poimiminen suuhun ja siirtäminen kädestä toiseen onnistuu, (Haara 1999.)

Lapsi oppii ryömimisen ja konttaamisen kautta seisomaan. Myös etusormipeukalo-ote kehittyy. Lapsi huomioi ympäristöään yhä enemmän ja tunnistaa läheiset ihmiset ja vierastaa tuntemattomia. Jokeltelun ja tavujen muodostuksen avulla hän opettelee sanojen merkityksiä. Etusormi-peukalo-otteella hän ottaa esineistä kiinni ja osaa irrottaa otteensa. Lapsella on vielä suojeleheijasteita, joiden avulla hän opettelee ottamaan tukea ja suojaamaan päätänsä. Lapsi ryömii ja nousee itse istumaan. Lähestyessä vuoden ikään lapsi siirtyy konttauksesta ensiaskeliin. Tämä uusi liikkumismuoto antaa lapselle aivan uuden tavan tutkia ympäristöään. Näkö on jo tarkentunut ja opittuaan etusormi-peukalo-otteen hän pystyy poimimaan jo pienen helmen lattialta suuhunsa. Koskaan myöhemmin lapsi ei kehity niin huimasti kuin ensimmäisen 12 kuukauden aikana. (Haara.1999.)

## 8.2 Lapsen kognitiivinen kehitys

Kognitiivisen kehityksellä tarkoitetaan tiedon vastaanottamiseen, käsittelyyn ja varastointiin liittyvää kehitystä. Tiedon vastaanotto on havaintoja ja tarkkaavaisuutta, tiedon käsittely on ajattelua ja kielenkäyttöä sekä tiedon varastointi on muistin toimintaa ja oppimista. (Saarniaho 2005.)

Vaikka lapsi ei muistakaan vielä tietoisesti varhaisesta vauva-ajasta jää lapsen mieleen muistijälkiä ja tunnetiloja. Muisti kehittyy pitkälti aistimusten välityksellä. Vauva mieleen syöpyvät silti sylin lämpö ja vanhempien kehon liikkeet. Muistijälkiä jää ikävistäkin kokemuksista, mutta hyvät muistot tallentuvat helpommin kuin huonot. (Huotilainen & Pesonen 2011, 34.)

Muistaminen on olennaisen tärkeää lapsen kehitykselle, sillä muisti ja aivot kehittyvät rinta rinnan. Muistin avulla esim. taapero oppii puhumaan ja liikkumaan. Muistaminen kehittyy kun asioille löytyy nimiä ja sanoja. (Huotilainen & Pesonen 2011, 35.)

Tutkimukset antavat vahvoja viitteitä siitä, että myös äidin psyykinen terveys vaikuttaa monella tapaa sikiön elimistön kypsymiseen. Tutkimusten perusteella äidin raskaudenaikainen hoitamaton masennus voi hidastaa lapsen kognitiivista ja kielellistä kehitystä ja ennakoida 8-9 vuotiaan lapsen käytöksen ja tunne-elämän oireita. (Keski-Nisula 2011.)

### 8.3 Sensomotorinen vaihe

Sensomotorinen vaihe on ensimmäinen lapsen kehityksen vaihe. Se alkaa syntymästä ja päättyy noin kahteen ikävuoteen mennessä. Vaiheen aikana luodaan ihmisen ajattelunperusta. Perinnölliset vaistotoiminnot ovat dominoivia varsinkin lapsen ensimmäisen ikävuoden aikana. Vastasyntyneellä lapsella ei ole eriytynyttä kykyä reagoida ärsykkeisiin, vaan hän reagoi sekä ulkoisiin että sisäisiin ärsykkeisiin joka kerta erikseen. Reagoimisesta alkaa vähitellen muodostua jäsentyneitä toimintoja, joiden avulla lapsi pystyy sopeutumaan ympäristön vaatimuksiin. Lapsi kokee myös ensimmäiset tunteensa tämän vaiheen aikana. (Nulpponen 2000, 3.)

### 8.4 Lapsen kielellinen kehitys

Lapsen ja vanhemman vähenevä yhdessäolo on uhka lapsen kielelliselle kehitykselle. Ainoastaan vanhemman kanssa jaetuissa vuorovaikutustuokioissa lapsi voi oppia inhimillisen viestinnän kannalta olennaiset perustaidot, puhumattaakaan siitä, mitä tällaiset yhteiset hetket merkitsevät lapsen tunne-elämän ja itsetunnon kehitykselle. Jos kodeissa ei ymmärretä vuorovaikutushetkien merkitystä tai niille ei jää aikaa, lapsen kielen kehityksen perusta voi kärsiä ja tällä on merkitystä myöhempien kielellisten taitojen rakentumisen kannalta. (Laakso 1999.)

Kieli on tärkein yhteydenpitokanava ihmisten välillä. Kielen rakenteiden idut syntyvät syvällä sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Ennen kuin lapsella on kykyä käyttää sanoja ilmaisunsa välineenä, hänelle kehittyy tärkeitä esikielellisiä keinoja ymmärtää sosiaalista todellisuutta sekä viestiä tunteitaan ja tarpeitaan. Tutkimus osoitti, että lapsen esikielelliset viestintätaidot kuten ele viestintä, esittävä leikki sekä lapsen kyky jakaa tarkkaavuuttaan esineisiin ja tapahtumiin yhdessä toisen ihmisen kanssa ennustavat lapsen myöhempää kielellistä kehitystä. Nämä taidot ovat riippuvaisia lapsuusvuosien vuorovaikutussuhteista, siis

siitä, miten vanhemmat jakavat lapsen kanssa hänen elämänsä arkisia, mutta tärkeitä asioita. (Laakso 1999.)

Kehityksen varhaisvaiheessa hyvin yksinkertaiset keinot tukevat lapsen kielen kehityksen perustaa ja siten myöhempien kielellisten taitojen kehitystä. Lapset hyötyvät vanhempien tai muiden kasvattajien toimista, joissa johdonmukaisesti tuetaan esikielellisiä taitoja jakamalla lapsen huomion kohteita, kuvaamalla ja laajentamalla niitä kielellisesti sekä tukemalla ja ohjaamalla lapsen varhaisia esinetoimintoja mm. virittämällä symbolista leikkiä. (Laakso 1999.)

## 8.5 Psyykinen kasvu ja kehitys

Lapsen kehitys on jatkuva tapahtuma, jota säätelevät lapsen perintötekijät ja hänen ympäristönsä vaikutus. Vuorovaikutus vanhempien ja muiden lapselle tärkeiden ihmisten kanssa muodostaa lapsen kehitysympäristön. Lapsen ominaisuudet ja käyttäytyminen vaikuttavat hänen ympäristöstään saamiinsa kokemuksiin, jotka puolestaan muokkaavat lapsen käyttäytymistä, ominaisuuksia ja perintötekijöiden ilmentymistä. Vuorovaikutus lapsen ja häntä hoitavien aikuisten välillä on välttämätön lapsen aivojen ja psyyken kypsymistä ohjaava tekijä. (Puura 2007.)

### 8.5.1 Psyykkisen kehityksen edellytykset

Aivojen ja psyyken johdonmukainen kehitys edellyttää, että lapsi saa vanhemmiltaan riittävän hyvää vuorovaikutusta ja hoivaa eli hänen tarpeensa tulevat riittävästi ymmärretyiksi ja tyydytetyiksi, eikä hän joudu kokemaan liikaa kielteisiä tunteita. Vuorovaikutustilanteet muodostuvat toistuessaan lapsen ja vanhemman väliseksi kiintymyssuhteeksi. Lasta hoitavalla aikuisella on kiintymyssuhteessa tehtäviä, joiden toteutumisesta ovat edellytykset lapsen terveelle psyykkiselle kehitykselle. Näistä sitoutuminen ja kiintymys, suojelu ja fyysisten tarpei-

den turvaaminen liittyvät lapsen eloonjäämisen turvaamiseen. Tarpeiden tyydyttäminen ja kiintymys kehittävät lapsessa myös myönteistä minäkuvaa ja itsetuntoa. Vanhemman ja lapsen välillä tapahtuva tunteiden jakaminen kehittää lapsen tunne-elämää ja sen säätelyä. (Puura 2007.)

Ensimmäisten elinvuosien aikana vanhempien osuus vuorovaikutuksen laadun säätelijöinä on suurin, ja asteittain vähenee lapsen oppiessa itse säätelemään tarpeitaan ja niiden tyydytystä. Sosiaalisen ympäristön tarjoaman inhimillisen vuorovaikutuksen säätelyn tuloksena lapsi saavuttaa kyvyn itse säädellä omia biologisia tarpeitaan, tunteitaan ja toimintaansa. (Puura 2007.)

#### 8.5.2 Psyykkisen kehityksen kulku

Ensimmäisten elinvuosien aikana lapsen kehityksessä tapahtuu useita kehitystasohyppäyksiä, jotka vastaavat aivojen toiminnan organisointia. 0–2 kuukauden ikäisenä vauvan aistiminen on kokonaisvaltaista, ja vauva pystyy mm. tunnistamaan näön avulla suussa olleen esineen. Toistuviin tapahtumiin tottuminen ja ehdollistuminen alkaa jäsentää vauvan elämää. Tunteista mielihyvä, mielihäpe ja kiinnostus ovat erotettavissa ilmeissä. Kokemuksiin liittyy aina joko myönteinen tai kielteinen tunnereaktio. Vauva kykenee aloittamaan ja ylläpitämään vuorovaikutusta katseella, ääntelemällä ja liikkeillä. Kokemukset tallentuvat ei-kielelliseen muistiin, josta ne eivät ole tietoisesti palautettavissa, mutta muokkaavat tiedostamatta kokemuksiin liittyviä tunnereaktioita. (Puura 2007.)

2–7 kuukauden ikäisenä tottumisen ja ehdollistumisen avulla vauva osaa ennakoita tuttuun tapahtumien kulkua syntyneiden tapahtumien skeemojen eli mallien avulla (esim. imetyksen alussa lakkaa itkemästä nälkää hetkeä ennen kuin saa nänнин suuhunsa). Vauvan kiinnostus ja kyvyt sosiaaliseen kanssakäymiseen lisääntyvät, ja vastavuoroinen katsekontakti, ääntely ja hymy esiintyvät viimeistään 3 kuukauden iässä. Tunteet kehittyvät: mielihäpe jäsentyy suruksi, inhoksi ja kiukuksi; mielihyvä iloksi ja tyytyväisyydeksi; kiinnostus hämmästykseksi ja kiinnostukseksi. Vauvan nukkumis- ja syömisrytmit alkavat vakiintua

oman fysiologisen kypsymisen ja vanhempien säätelyn avulla. Muistijäljet tallentuvat edelleen ei-kielelliseen muistiin. (Puura 2007.)

7-18 kuukauden ikäisenä lapsi oppii erottamaan syyn seurauksesta ja esineiden pysyvyyttä. Hän alkaa ymmärtää, että toiset voivat ymmärtää hänen ajatuksiinsa, tunteitaan ja tekojaan. Lapsi hakee aktiivisesti kanssakäymistä, ja käyttää sekä eleitä, ilmeitä että ensimmäisiä sanoja tarkoituksellisesti tullakseen ymmärretyksi ja saadakseen haluamiaan asioita. Tunteiden jakaminen ja soinnuttaminen lapsen ja vanhemman välillä kehittää tunne-elämää ja sen säätelyä. "Vierastaminen" ja "tarkistelu" tulevat esiin, eli lapsi suosii vanhempiaan hoitajinaan ja osaa käyttää heidän reaktioitaan oudoissa tilanteissa ohjaamaan omaa toimintaansa. Lähes kaikilla lapsilla esiintyy yöheräilyä, ja osa lapsista vaatii vanhemman läsnäoloa nukahtaakseen uudelleen. Kielellinen, mieleen palautettava muisti tapahtumista kehittyy. (Puura 2007.)

## 8.6 Aivojen kehitys

Aivojen kehitys alkaa jo raskausaikana. Se alkaa alkeellisemmista rakenteista ja siten myös alkeellisemmista toiminnan mahdollisuuksista. Kehitys etenee vähitellen yhä pidemmälle kehittyneitä rakenteita. Sekä aivotutkimuksen että kehitystypsiologian näkökulmasta nimenomaan varhaisvuosien kehityksellä, oppimisella ja kokemuksilla on valtavan suuri merkitys aivojen ja mielen rakentumiselle: se mitä pieni lapsi jo raskausaikana sekä ensimmäisinä elinvuosinaan kokee, rakentaa ja muokkaa hänen aivojaan erityisellä tavalla. (Rossi 2005.)

Aivojen kehityksessä alkaa kiihkeimmän kehityksen vaihe n. 3 kk ennen syntymää ja se jatkuu n. 3 vuoden ikään asti. Kehitys jatkuu hitaampana, mutta edelleen vahvana läpi koko lapsuuden. Toki tämänkin jälkeen tapahtuu kehittymistä. (Rossi 2005.)

Aivoihin syntyy tietynlaisia soluyhteyksiä sen mukaan mitä lapsi kokee. Aivojen kehitys on käytöstä riippuvaista. Kun sama kokemus toistuu, se vahvistaa tiettyjä soluyhteyksiä ja niiden rakenteita. Merkittävää on että läheiseltä hoitajalta saatu pitkäaikainen hoiva ja arjen toistuvat kokemukset: ovatko ne pääsääntöisesti myönteisiä, ennustettavia ja luottamusta herättäviä vai kielteisiä. (Rossi 2005.)

Jos lapsen varhaisissa kokemuksissa toistuu ketju: esim. lapsella on nälkä – hän itkee – hänet otetaan syliin ja annetaan ruokaa. Silloin lapsen mieleen muotoutuu myönteinen rata siitä, että kun hänellä on paha olo, hänen kannattaa pyytää siihen apua ja häntä autetaan välittömästi. Lapselle muotoutuu sisäinen kokemus, joka myöhemminkin ohjaa häntä herkästi ajattelemaan myönteisesti ja toiveikkaasti. Toisaalta taas kielteiset kokemukset synnyttävät toisenlaisia ketjuja ja kytkentöjä, esim. tiettyyn hajuun tai ääneen voi liittyä pelon tunne. Vaikeat, toistuvat laiminlyönnit, hylkäämiset tai suoranainen pahoinpitely varhaisvuosina voivat vaurioittaa jopa pysyvästi aivojen kehitystä ja toimintaa (Rossi 2005.)

Se, kuinka lapsen perintötekijöiden mukana tulevat ominaisuudet, kyvyt, mahdollisuudet ja uhatkin lopulta tulevat käyttöön ja ilmenevät, on pitkälti riippuvaista siitä ympäristöstä, missä lapsi elää. Vauvat oppivat parhaiten uusia asioita, kun he ovat tyytyväisiä ja onnellisia – rakkaus, huolenpito, jatkuvuus, pysyvyys, säännöllisyys, turvallisuus sekä tunteiden ja oman arkisen ympäristön ihmeiden jakaminen ovat pienen parasta ”aivotreeniä”! (Rossi 2005.)

Leikki- ja kouluiässä aivojen hyvää kehitystä tuetaan edelleen hyvän arjen eväillä, hoivalla ja huolenpidolla. Koululainen tarvitsee kouluaherruksen, kotitöiden ja harrastusten vastapainoksi aikaa vapaalle olemiselle, oman luovuuden ja mielikuvituksen käytölle. (Rossi 2005.)

Kun lapsi saa juosta, hyppiä, kiipeillä, keinua, heitellä kiviä, tasapainoilla puun rungolla tai kiipeilytelineellä, kulkea ja havainnoida vaihtelevassa metsämaastossa, poimia kukkia, suunnitella ja rakentaa risumajoja, hermosolut saavat muodostaa uusia monimutkaisempia kytkentöjä uusista aistimuksista ja liikeko-

kemuksista stressittömässä ja muutenkin kasvua tukevassa tilassa. (Rossi 2005.)

Aivojen kehittymiseen vaikuttavat biologinen kypsyminen, perinnölliset ja yksilölliset ominaisuudet, tunne- ja vuorovaikutuskokemukset, muut kokemukset, virikkeet ja harjoittelu sekä perushoivan laatu: uni, ravinto, ulkoilu, päihteitä ja muilta vaaroilta suojaaminen. Vauvan aivot kehittyvät suurelta osin vasta syntymän jälkeen. Aivoissa on jo syntymän hetkellä samat rakenteet kuin aikuisena, esim. oikea ja vasen aivopuolisko, mutta aivojen toiminta, hermosolujen ja aivojen eri osien väliset yhteydet, kypsyvät vasta vähitellen. (Rossi 2005.)

#### 8.6.1 Aivorungon kypsyminen

Aivorunko kypsyy 3 kk ennen–2 kk jälkeen syntymän. Aivorungon keskukset säätelevät mm. eloon jäämisen kannalta keskeisiä toimintoja, kuten sydämen sykettä ja hengitystä sekä uni- ja valverytmiä, syömistä ja ruoansulatusta ja pään ja kaulan liikkeitä sekä perusvireyttä: lapsi suuntaa huomionsa kohti uusia virikkeitä ja saatuaan niitä kylliksi kääntyy taas enemmän sisäänpäin. Vauva suuntautuu kohti tuttua ja sellaista, joka on aiemmin tuottanut mielihyvää. (Rossi 2005.)

Vauva tunnistaa oman äidin tuoksun, äänen ja kasvojen piirteet. Ne rauhoittavat lasta ja tuovat hyvää oloa. Tässä aivojen kehitysvaiheessa tapa hahmottaa maailmaa on tietyllä tapaa hyvin mustavalkoinen: on vain hyvä tai paha, miellyttävä tai epämiellyttävä. (Rossi 2005.)

#### 8.6.2 Tunneaivokuoren kehittyminen ja kypsyminen

Tunneaivokuori alkaa kehittyä 2-8 kuukauden iässä. Vauva on 2 kk:n iässä kiinnostunut uudella tavalla ympäristöstään ja erityisesti ihmisistä. Tämä voidaan



havaita yhtä lailla vauvaperheen arjessa kuin aivotutkimuksessakin. Ihmiskasvot, katse ja kosketus ovat tärkeitä virikkeitä aivojen kehittymiselle. (Rossi 2005.)

Lapsi matkii vanhemman ilmeitä ja tavoittaa niitä tunteita, joita eri ilmeisiin liittyy. Tunneaivokuori pystyy ymmärtämään maailmaa ”väreissä”: monien tunteiden ja tunnelmien kautta. Tunteet ovat kuin merkkejä, joilla kokemuksia liitetään yhteen, arvotetaan, luokitellaan ja käsitellään: tuohon asiaan kannattaa suunnata huomio jatkossakin, tuota kannattaa välttää. Tunnekokemukset herkistävät tiettyjä hermoston soluja odottamaan vastaavia kokemuksia myöhemminkin, ja näin ne muovaavat aivojen toiminnallisia rakenteita. Kun minä hymyilen ja jokeltelen, vanhempi vastaa minulle iloisesti ja hymyilee. Minun seurassani on mukavaa olla, olen tärkeä ja rakas. (Rossi 2005.)

Tunneaivokuori kypsyy 1,5 vuoden ikään asti ja tämä kehitysvaihe näkyy lapsen käyttäytymisessä mm. että hänen kiintymyssuhteensa valikoituu muutamaan harvaan ihmiseen ja hän alkaa vierastaa muita. Lapsi alkaa oivaltaa, että eri ihmiset suhtautuvat eri tavoin eri tilanteisiin. Vauva ymmärtää, että isä ja äitikin voivat suhtautua joihinkin asioihin keskenään eri tavoin. Tämä kehitysvaihe luo pohjaa kyvylle asettua toisen ihmisen asemaan eli moraalin oppimiselle. (Rossi 2005.)

### 8.6.3 Ajattelevan ja yhdistelevän aivokuoren kehitys

Aivokuoren kehitys jatkuu läpi lapsuuden ja nuoruuden, mutta alkaa 1,5 vuoden ässä. Aivoissa on oikea ja vasen aivopuolisko. Aivot käsittelevät tietoa samanaikaisesti kahdella eri tavalla, mikä on yksi ihmisaivojen erityisiä vahvuuksia. Aivojen oikea puoli on ns. sekä että – puoli, joka yhdistää ja näkee kokonaisuuksia, sitä miten asiat liittyvät toisiinsa. Vasen puoli, ns. joko tai – puoli taas erottelee ja yksilöi havaintoja. Voidaan sanoa, että oikea puoli on aivojen tunnepuoli ja vasen taas tietoisien ajattelun ja järjen puoli. Aivojen oikean puolen

toiminta kehittyä aiemmin, eli varhaisessa lapsuudessa oikea aivopuolisko ohjaa toimintaa vahvemmin kuin myöhemmin. (Rossi 2005.)

Tietoiseen ajatteluun käytetään kieltä, joka sijaitsee vahvemmin vasemmalla puolella. Oikea puoli taas pystyy havainnoimaan, mitä sanotaan rivien välissä. Tämän lapsi oppii ensin, koska oikea aivopuolisko kypsyy ensin. Aivojen vasen puoli on kiihkeässä kehitysvaiheessa 2–3 vuoden iässä. Tämä saattaa osaltaan selittää uhmaiän tinttailua: vasen puoli puhuu, lapsi harjoittelee olemaan ehdottomasti omaa mieltään. (Rossi 2005.)

Koska oikea aivojen puoli kypsyy ensin ja on vasenta suurempi, se usein aikuisillakin reagoi eri tilanteissa ensimmäiseksi. Alkureaktion jälkeen tulee mukaan ajattelu eli vasen puoli. Kun ihminen on toiminut tunteensa eli aivojen oikean puolen varassa, hän usein pyrkii hakemaan selityksen toiminnalleen järjestä, tietoisien ajattelun avulla, aivojen vasemmalta puolelta. (Rossi 2005.)

Vajaan 2 vuoden iässä lapselle kehittyy usein aiempaa parempi kyky suunnitella omaa toimintaansa. Tämä voi näkyä esim. siten, että lapsi siirtää tuolin itselleen sopivaan paikkaan, jotta hän pääsee sen avulla kiipeämään ja hakemaan jotain tarvitsemaansa. (Rossi 2005.)

Neljän vuoden iässä kiihkeä aivojen kehittymisen vaihe näkyy mm. entistä taitavampana ja sujuvampana puheen tuottamisena ja kielen ymmärtämisenä. Aivot ovat siis varsin loistavasti kehittyneet sillä kodin pienellä puhemyllyllä, joka viljelee ympärilleen kysymyksiä ja villejä ja lonkeroisia mielikuvitustarinoita! (Rossi 2005.)

Koulun aloittamisen aikoihin, 6–8 vuoden iässä, kehittyy lapsen hienomotoriikka ja käden ja silmän yhteistyötä vaativat taidot (esim. kynäote, piirtäminen, askartelu). Lapsen ajattelussa tapahtuu laadullinen muutos: lapsen on esim. aiempaa helpompaa luokitella esineitä ja yhdistellä asioita sekä ymmärtää syy-seuraussuhteita. Tämä antaa pohjaa ymmärtää paremmin erilaisia sosiaalisia tilanteita. Kun lapsi ymmärtää syy-seuraussuhteita, hän ei enää toimi ja ajattele samalla tavoin tässä ja nyt, kuten pienempi lapsi. Lapselle voi tulla uudenlainen

kokemus siitä, että aika kuluu nopeasti. Kesäloma tai viikonloppu tuntuu lyhyemmältä kuin pienempänä. Pikkulapsivaiheeseen liittyvä tietty ajattomuuden tunne väistyy. Jollakin tasolla lapsi voi kokea tästä menettämisen haikeutta. (Rossi 2005.)

Lapsen varttuessa jo olemassa olevien systeemien monimutkaisuus aivoissa kasvaa ja asettuu taas aina jossain vaiheessa uuteen tasapainoon. Usein tietyn uuden kehitysvaiheen alussa ajattelu on hyvin yksinkertaistavaa. Asiat ovat joko niin tai näin, ei mitään siltä väliltä. Kouluiän alussa tämä näkyy siten, että lapsen moraalinen ajattelu on melko ehdotonta: opettaja on kaiken tietävä auktoriteetti, tietyt sääntöjä on noudatettava. (Rossi 2005.)

10–12 vuoden iässä lapsella kehittyy erityisesti kyky loogiseen ajatteluun ja suunnitteluun sekä muistamiseen. Lapsi ymmärtää, että asiat ovat suhteellisia: joskus on parempi käyttää väritettyä totuutta kuin olla aivan rehellinen. (Rossi 2005.)

13–15 vuoden iässä kehittyvät aivojen alueet, jotka edesauttavat mm. liikunnallisia kykyjä sekä tilan hahmottamista. Nuoren kyky abstraktiin ajatteluun kehittyy edelleen, esim. matematiikan opiskelussa voidaan siirtyä konkreettisista esimerkeistä abstraktisempiin. Oikean ja vasemman aivopuoliskon välillä tapahtuu uutta fyysistä yhteydenmuodostusta, yhteistoiminta kypsyä sujuvaksi. Tämä aiheuttaa ajattelussa kuohuntaa, mikä näyttäytyy ympäristölle murrosikäisen epävakaina, ailahtelevana, joskus vaikeasti ymmärrettävänä käytöksenä. Tärkeää on sekin, että aikuinen on edelleen kiinnostunut nuorestaan: se auttaa pitämään auki sellaista, mitä voi olla myöhemmin vaikea rakentaa. (Rossi 2005.)

Aivokehityksen näkökulmasta voi ymmärtää miten hämmentävää vaihetta nuori elää: aivoista poistuu jotain vanhaa eikä uusi vielä toimi täydellä teholla. Niin haastavaa kuin nuoren käytös voikin olla, hän ansaitsee myös aikuisen myötätunnon ja ymmärryksen. Aivot ja ajattelu ovat ihan konkreettisesti myllerryksessä. Nuori voi kokea menettävänsä ”lapsuuden onnelan”. Aivojen oikea ja vasen puoli, ajatteleva ja tunteva puoli, käyvät uudella tavalla keskustelua. Tämä nä-

kyky mm. moraalisenä pohdintana. Uuteen kehitysvaiheeseen liittyy taas tiettyä ehdottomuutta ja mustavalkoisuutta. Tämän kiihkeän kehitysvaiheen jälkeen aivot edelleen muovautuvat, mutta eivät enää muutu näin suuresti. (Rossi 2005.)

Noin 17–vuoden iässä nuoren kyky suunnitelmallisuuteen ja kokonaisvaltaiseen ajatteluun kehittyvät edelleen. Aivojen kehityksessä on kypsymisen ja tasaantumisen vaihe. Nuori pystyy katsomaan jo pitkälle eteenpäin ja sietämään sitä, että asioihin ei ole ehdottomia oikeita ratkaisuja. Aiempi ehdottomuus antaa tilaa suvaitsevaisuudelle. Aivopuoliskojen välinen keskustelu tasaantuu. Aivojen kypsyttävä ja eheyttävä kehitys jatkuu vielä pitkälle nuoren aikuisuuteen. (Rossi 2005.)

## 9 VAUVAN MASENNUS

Jo ensimmäisellä ikävuodella olevalla lapsella voi olla depression varhaisin muoto eli anakliittinen depressio. Tätä ilmenee lapsilla, joiden perushoito ja läheiset ihmissuhteet ovat olleet huonot ensimmäisen ikävuoden aikana. ”Yleisin oire on syvä apaattisuus, kehityksen pysähtyminen, välinpitämättömyys muita kohtaan ja alttius erilaisiin ruumiillisiin sairauksiin kuten infektioihin.” (Tampereen yliopisto, luentomuistiinpanot: Mielenterveyden häiriöt)

### 9.1 Vauvan masennuksen tunnistaminen

Vauvan masennus on kokemuksellisesti lamauttava alakuloisuuden tila. Hän kadottaa kiinnostuksen ympäröivään maailmaan, ilon ja tyydytyksen tunteet häviävät. Vauva tuntee olevansa hyljeksitty, eikä usko näin kenenkään välittävän. Olemukseltaan vauva on onneton ja vaisu. (Puura & Tamminen 1997; Puura 1999)

Tutkimusten mukaan vauvat saavat oireita epätyydyttävän, masentuneen vuorovaikutuksen seurauksena. Näin vauvojen masennus syntyy useammin vuorovaikutussuhteessa masentuneen vanhemman kanssa. Vanhempi ei hae katsekontaktia vauvaan, eikä hän ei puhu vauvalle. Vauvaa käsitellään hyvin vähän tai mekaanisesti, näin aitoa vanhemmuutta ei ole. Vanhempi on usein uupunut ja hänestä vauvan hoito tuntuu ylivoimaisen raskaalta ja vaikealta. Vaikeimmillaan vanhempi saattaa haudata itsemurhaa tai lapsen surmaamista. (Puura & Tamminen 1997; Puura 1999.)

Masentunut vauva välttää katsekontaktia ja sosiaalinen hymy viivästyy tai jää kokonaan pois. Myös myöhempi vuorovaikutusjokeltelu ei kehity. Vauva ei myöskään ole kiinnostunut ympäristöstä, toisista ihmisistä, päivittäisistä toiminnoista tai uuden oppimisesta, mikä on täysin epätypillistä. Alkuun vauvat itke-

vät hyvin paljon, ovat ärtyisiä ja jatkuvasti tyytymättömiä. Myöhemmin se muuttuu valitteluksi ja kitinäksi samalla kuin vauva käy motorisestikin passiiviseksi ja lihasjänteys heikkenee. Useimmissa tapauksissa vauva menettää ruokahalunsa ja hänellä alkaa esiintyä univaikeuksia. Tämän seurauksesta painonkehitys hidastuu ja jää jälkeen. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin päihde- ja mielen-terveystyön kehittämishanke.)

Vuorovaikutusta ja ympäristöä kohtaan tapahtuva mielenkiinnon menetys johtaa kokonaiskehityksen hidastumiseen ja jopa taantumiseen. Taantumista tapahtuu sekä kognitiivisessa että motorisessa kehityksessä. Äärimmäisessä tapauksessa vauva menettää elämänhalunsa. Täytyy myös muistaa, että vauvat saattavat olla väsyneitä ja vetämättömiä ja lyhytaikainen masennusreaktio voi olla normaaliin kehitykseen kuuluva ilmiö, esim. menetyksessä tai muutoksessa. Vauvoilla kehitysviivästymät, aistinelinsairaudet ja autistiset tilat voivat aiheuttaa samankaltaista ilmeettömyyttä, passiivisuutta ja poikkeavaa käyttäytymistä kuten depressio. (Puura & Tamminen 1997; Puura 1999.)

Erään artikkelin mukaan on todettu, ettei äidin synnytyksen jälkeinen masennus vaikuta suoranaisesti pienten lapsen pituuskasvuun tai painoon. Teoriassa äidin masennus, erityisesti silloin kun se on jatkuvaa, saattaa vaikuttaa vauvojen ja pienten lasten kasvuun esimerkiksi imetysvaikeuksina tai terveellisen ruokavalion tarjoamisen puutteena. Tutkiakseen asiaa, brasilialaiset tiedemiehet seurasiivat lähes 3800 lapsen ja äidin elämää ensimmäiset neljä vuotta. Noin 30 prosentilla äideistä havaittiin synnytyksen jälkeistä masennusta jossain vaiheessa neljän vuoden aikana, mukaan lukien ne 5 % äideistä, joilla oli oireita koko tutkimuksen ajan. (Reuters Health. 2010.)

Alun perin lapset, joiden äideillä oli jatkuva masennus, olivat suuremmassa riskissä sekä kasvun hidastumiseen että ylipainoon. Kuudella prosentilla pitkäaikaisesti masentuneiden äitien lapsista havaittiin kasvun hidastumia verrattaessa kolmeen prosenttiin lapsista, joiden äideillä ei ollut masennusta lainkaan. (Reuters Health. 2010.)

Kun tutkijat ottivat huomioon kaikki tekijät, kuten perheen tulot ja äidin koulutuksen, synnytyksen jälkeisellä masennuksella ei näyttänytkään enää olevan merkitystä lapsen kasvuun. Tutkimustulokset viittaavat siihen, että vaikka kasvun hidastumat olivat yleisempiä kroonisesti masentuneiden äitien lapsilla, ongelma näytti johtuvan muista syistä kuin itse masennuksesta. Aiemmat tutkimukset Intiassa ja Pakistanissa ovat osoittaneet äidin masennuksen vaikuttavan lapsen kasvuun. Tutkijat uskovat tämän johtuvan siitä, että maissa joissa naisilla on heikompi asema, äidin masennus voi vaikuttaa tämän kykyyn ruokkia lastaan täysipainoisesti enemmän kuin muissa maissa. Tutkimuksesta selvisi myös kuinka yleistä synnytyksen jälkeinen masennus on. Noin 30 prosenttia tutkimukseen osallistuneista äideistä kärsi siitä jossain vaiheessa lapsen ensimmäisen neljän vuoden aikana. (Reuters Health. 2010.)

## 9.2 Vauvan masennuksen hoito

Lastenpsykiatrinen tutkimus ja konsultaatio ovat usein tarpeellisia kun diagnosoidaan ja hoidetaan masennusta. Lapsen masennusta tutkittaessa vastaanotolla ja neuvolassa on haastateltava vanhempia ja mahdollisesti muitakin tärkeitä aikuisia. Haastattelun lisäksi tarkkaillaan lapsen olemusta ja kartoitetaan koko perheen tilanne, sillä depressio voi liittyä myös perheen tapahtumiin ja tällöin vanhempien osuus hoidossa on merkittävä. Vaikka vanhempien osuus on merkittävä tiedon antajana, koskaan ei saa kuitenkaan jättää arvioimatta lasta yksilönä. Vauvan yksilöarvio perustuu hänen käyttäytymiseensä, jolloin kiinnitetään huomiota nonverbaalisiin (= kaikki muut elementit paitsi kieli) oireisiin: kuten motoriseen kiintyneisyyteen tai hidastuneisuuteen, alakuloiseen ilmeeseen ja jähmeään mimiikkaan eli elehtimiseen. (Puura & Tamminen 1997; Puura 1999.)

Näiden lisäksi tarkkaillaan vuorovaikutustaitoja sekä vanhempien herkkyyttä ja kyvykkyyttä vastata lapsen fyysisiin ja emotionaalisiin tarpeisiin. Hyödyllistä olisi tarkkailla vauvaa myös kotona ja päivähoidossa. ”Lapsen masennuksen vaikeasteisuudesta kertoo pysyvä oireilu ympäristöstä riippumatta.” Olennaista on selvittää tietävätkö vanhemmat lapsen oireista ja näkevätkö he hänen olevan

avun tarpeessa. Vanhempia haastatteleamalla saadaan tietoa heidän suhtautumisestaan vauvaansa ja vuorovaikutuksen laadusta heidän ja lapsen välillä. Heiltä saa myös luotettavaa tietoa oireista ja taustatekijöistä. (Puura & Tamminen 1997; Puura 1999.)

Masentunut lapsi tarvitsee tuekseen aikuisen joka turvallisesti ja ahdistumatta sietää lapsen tyhjyyden ja avuttomuuden sekä osoittaa kiinnostusta ja huolehtii lapsesta ja hänen tarpeistaan. Koska lapsi on erottamaton osa perhettä, ovat vanhemmat aina mukana hoidossa. Depression vaikeusaste, perheen tilanne sekä hoitojärjestelmän mahdollisuudet vaikuttavat hoidon valintaan. (Puura & Tamminen 1997; Puura 1999.)

Keskeistä vauvan masennuksen hoidossa on tarjota hänelle riittävästi tyydyttävää vuorovaikutusta aikuisen kanssa. Tämä toteutetaan hoitamalla vanhemman masennus ja tukemalla heitä vuorovaikutukseen tai jos tämä ei onnistu, niin järjestetään vauvalle perheen ulkopuolinen hoitaja ja vuorovaikutusterapiaa. Lyhytkestoiset, reaktiona johonkin muutokseen syntyneet, depressiot voidaan hoitaa neuvolassa yhdessä perheen kanssa. Tällöin tulee huolehtia riittävän pitkäs- tä seurannasta, jolloin jatkohoitoa tarvitsevat voidaan ohjata erityissairaanhoidonpiiriin kuten lasten psykiatrian klinikalle, pikkulapsipsykiatrian osaamisen alueelle. (Puura & Tamminen 1997; Puura 1999.)

Itku on aktiivinen, terve reaktio surumielisyyteen tai kaipaukseen, kuitenkin vakavammin masentuneella lapsella sen sijaan on ainakin useita seuraavista oireista: Lapsi torjuu toisten ihmisten seuran, Kasvot ovat vähäilmeiset ja liikehdintä niukkaa, Lapsi on epätavallisen voimaton ja väsynyt, Ihmiset tuntevat olona surullisiksi lapsen lähettyvillä. Elleivät nämä oireet ole tilapäisiä ja elleivät ne ole reaktioita tiettyyn tilanteeseen esim. vanhemman poissaoloon, niistä on syytä huolestua. (Brazelton 1995, 249.)

Vauva-iässä lapsen elämään vaikuttavat asiat ovat pieniä usein toistuvia päivittäisiä hoitotoimenpiteitä, elämän rytmiä sekä esikielellisiä että kielellistä vuorovaikutusta hoitavan äidin tai isän kanssa. Vuorovaikutus voi saada depressiivisiä sävyjä mm. äidin psyykkisten vaikeuksien, uupumuksen tai masennuksen



myötä. Yhtenä esimerkkinä voidaan ajatella depressiivistä äitiä, joka fyysisesti on läsnä mutta psyykkisesti vetäytynyt, surullinen ja omissa mietteissään. (Brummer & Enckell 2005, 222–223.)

Vauvan elämään voivat kroonistua jotkin varhaisen reaktion ja suojautumisen vastavuoroiset tavat, joilla vauva pyrkii kuitenkin elämään tilanteessa ja olemaan kontaktissa omaan lähiympäristöönsä. Vauva voi kokea, etteivät äidin ilmeet ja eleet vastaa hänen huomionhakuisuuteensa, vaan vauva lähtee vetäytymään kontaktista. Masentunut äiti voi yrittää liian kovasti olla vauvan kanssa; äidin ulkoisen suorittamisen mielensisältö jää vajaaksi tai se puuttuu kokonaan. Tällöin on mahdollista, että vauvan elämysmaailmaan syntyy epäaitouden tunnetta. (Brummer & Enckell 2005, 222–223.)

Nykyisessä vauvatutkimuksessa on todettu, että vähitellen vauvan odotukset tällaisesta surullisesta vastavuoroisuudesta vähenevät ja vauvat reagoivat myös ei-depressiivisiin aikuisiin samalla tavoin vetäytyvin odotuksin ja noidankehä on valmis. On todettu, että vastavuoroinen äidin ja vauvan välillä vaikuttaa oleellisesti vauvan kehitykseen. Tämä on johtanut uusiin hoitomenetelmiin. (Brummer & Enckell 2005, 222–223.)

Äidin masennus on vauvalle riski. Vauvan kehitysvaikeudet, joihin ensimmäisinä reagoidaan, ovat somaattiset oireet, kuten itku ja sen tunnevärit, syöttämiseen tai syömiseen liittyvät vaikeudet sekä unen tai nukkumisen hankaluudet. Vauva on yleisesti kontaktista vetäytynyt. Hoidossa pohditaan erilaisia keinoja palauttaa vastavuoroisuutta äidin ja lapsen elämään, esim. lyhyttä kriisihoitoa tai vanhempien ohjausta ja ymmärrystä lisäävää konsultaatioluontoista toimintaa. Tällöin pyritään antamaan emotionaalista tukea ja vahvistaa vanhemmuutta samalla kun annetaan kehityksellistä ohjausta ja tietoa vauvan ja pienen lapsen kehityksestä. Mikäli kyseessä on vaikea sosiaalinen tilanne, on tärkeää selvittää kaikki apu, mitä perhe tarvitsee, joskus myös konkreettinen arkiaskareissa tukeminen masentuneen äidin ja vauvan hoidossa. (Brummer & Enckell 2005, 222–223.)

Seuraukset voivat olla todella vakavat, sikäli kun onni ja elämän ilo on kytketty vuorovaikutukseen, toisten ihmisten kanssa toimimiseen. Ennustaminen on tosin vaikeaa. Psykkisen kehityksen osalta ei ole olemassa mitään varmuudella tiedettyä kehityskulkua, koska niin monenlaiset erilaiset tekijät vaikuttavat siihen, miten yksilön kehitys etenee. Masennuksen varjostama varhainen kasvu näkyy erinäisinä kehitysongelmina lapsen myöhemmässä elämässä. Ongelmat nousevat usein pintaan kouluiässä. (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin päihde – ja mielenterveystyön kehittämishanke.)

### 9.3 Vauvaiän peilaus

Vauvaiän peilauksella tarkoitetaan sitä, että vauva etsii äitinsä katsetta ja katsoo intensiivisesti äitiään ollessaan äitinsä sylissä imemässä rintaa tai tuttipulloa. On selvää, että lapsilla on tähän sisäsyntyinen ja pakottava tarve. Vauva katsoo äitiään nähdäkseen sen, miten äiti hänet näkee. "Vauva näkee ja aistii kokonaisvaltaisesti sen miten äiti pitää häntä sylissään ja miltä äidin kasvot näyttävät." Äidin kasvot ja olemus kertovat lapselle, että hänen olemassaolonsa tuottaa äidille iloa ja mielihyvää. Masentuneen äidin syli ja katse kertovat, että jokin on vialla. Kun kasvot ovat ilmeettömät, katse tyhjä ja täynnä psyykkistä kipua, kokee vauva nuo osana itseään. (Myllärniemi 2009, 133.)

Kokemuksemme eivät ole hyviä tai pahoja. "Kyse on siitä, kummat painavat enemmän persoonallisuuden ja minuuden rakentumisen vaakakupissa." Peilausten tarve ei rajoitu vain lapsuuden tärkeisiin kasvu ja kehitysvuosiin elämässämme. Vuorovaikutuksessa tärkeiden ihmisten kanssa, katsomme heitä nähdäksemme miten he näkevät meidät lukemalla heidän kasvojaan ja olemustaan. "Kanssaihmiset ovat meille ikään kuin peilejä, joista me katsomme itseämme." (Myllärniemi 2009, 133.)

## 10 OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSMENETELMÄT

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus on tieteellisen tutkimuksen menetelmäsuuntaus, joka perustuu kohteen kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen ja numeroiden avulla. Menetelmänä tutkimukseni antaa kuvan kuinka yleinen ilmiö on. Määrällisessä tutkimuksessa ollaan usein kiinnostuneita erilaisista luokitteluista, syy- ja seuraussuhteista, vertailusta ja numeerisiin tuloksiin perustuvasta ilmiön selittämisestä. Määrälliseen menetelmäsuuntaukseen sisältyy runsaasti erilaisia laskennallisia ja tilastollisia analyysimenetelmiä. Määrällisen tutkimukseni havaintoaineiston keruumenetelmänä on ollut kirjekysely sähköpostitse. Määrällinen tutkimusmenetelmä sopii suuria ihmisryhmiä kartoittaviin tutkimuksiin. Sen avulla ei saada yksittäistapauksista kattavaa tietoa. Määrällisessä tutkimuksessa käytetään usein tilastollisia malleja (Tuomivaara 2005.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus perustuu ensisijaisesti tutkittavan ilmiön mittaamisen onnistumiseen, mikä tarkoittaa luotettavan mittarin, sopivien tutkimusmenetelmien ja aineiston käsittelytapojen valintaa. Tässä tutkimuksessa valituilla mittareilla ja analyysimenetelmillä saatiin johdonmukaisesti vastaukset tutkimusongelmiin, joten luotettavuutta tältä osin voidaan pitää hyvänä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa sisäinen luotettavuus liittyy siihen, miten luotettavia ja tutkittavan ilmiön kannalta keskeisiä tietoja tutkimukseen osallistuvilta saadaan ja miten luotettavia johtopäätöksiä tehdään. (Tuomivaara 2005.)

### 10.1 Tutkimuksen toteutus

Opinnäytetyön tutkimusosan tarkoituksena oli selvittää masennuksen vaikutusta varhaiseen vuorovaikutukseen ja eritoten imetykseen. Tutkimukselle pyydettiin lupa Äimä ry:n hallitukselta ja tutkimusaineisto kerättiin Äimä ry:n jäseniltä. Yhdistys lähetti itse tutkimuksen saatekirjeen ja kyselykaavakkeen jäsenilleen sähköpostitse. Saatekirjeessä esitettiin tutkimuksen tarkoitus, aineiston keruu-

menetelmät sekä kysyttiin halukkuutta tutkimukseen. Vastaajille kerrottiin, että aineiston käsittely tapahtuu luottamuksellisesti ja että heidän henkilöllisyytensä ei tule ilmi missään vaiheessa. Vastaajille informoitiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja halutessaan he voivat jäädä pois kesken tutkimuksen. Kaikki vastaajat suostuivat vapaaehtoisesti tutkimukseen. Saatekirjeet kyselylomakkeineen on kirjattu 9.1.2011. Vastaukset toivottiin palautettavan 31.1.2011 mennessä.

## 10.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimus kohdistettiin Äimä ry:n rekisteröityihin jäseniin, joista kyselyyn vastasi 46, joista suurimman ikäjoukon muodostivat 30–35-vuotiaat, joita oli yhteensä puolet (n=8) vastaajista. Vastaajista 30–39-vuotiaita oli kaksi. Alle 30-vuotiaita oli 13. Vastaajista 19 oli ammattikorkeakoululaisia, 14:llä oli yliopistokoulutus ja 8 opistotason koulutus. Vastaajista avioliitossa eli 9 ja avioliitossa 33. Sinkkuja ja eronneita oli molempia 2. Vastaajista suurimmalla osalla eli 25:llä oli kyseessä ensimmäinen raskaus, toinen raskaus oli 10:llä ja kolmas raskaus 9:llä.

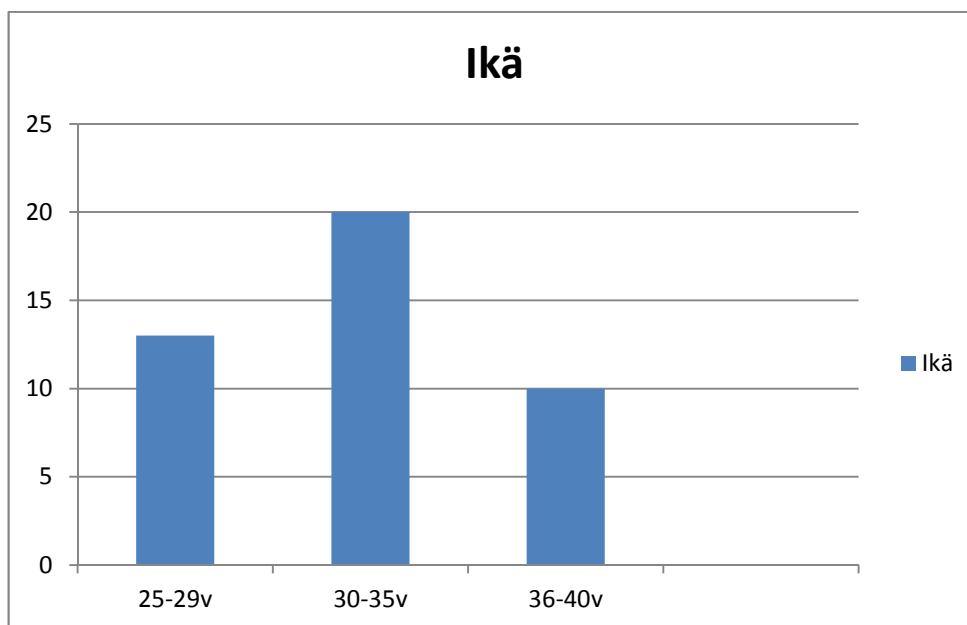
Vastaajista ensisynnyttäjiä oli 29 ja toissynnyttäjiä 11, monisynnyttäjiä oli 6. Vastaajista suurimmalla osalla eli 25:llä oli kyseessä ensimmäinen raskaus, toinen raskaus oli 10:llä ja kolmas raskaus 9:llä. Raskaus sujui hyvin 24:llä ja vaikeuksia oli 22:lla. Vastaajista suurimmalla osalla eli 39:llä oli synnytystapana normaali alatiesynnytys, keisarinleikkaus oli 9:llä ja avustettu alatiesynnytys esim. imukuppiavusteinen. Epäonnistunut imukuppi tai hätäsektio oli synnytystapana vaihtoehtodossa muu. Synnytyksen jälkeen yli 30 koki masennusta ja vajaa 10 koki mielialan lasku, vajaa 5 ei kokenut mitään mainittavia muutoksia ja 1 oli kokenut synnytyksen jälkeisen psykoosin.

### 10.3 Aineiston analysointi

Määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimusaineiston analyysi perustuu aineiston kuvaamiseen ja tulkitsemiseen tilastojen ja numeroiden avulla. Nämä tulokset on esitelty lukumäärinä, taulukoina ja kuvioina. Kvantitatiivisen tutkimuksen aineiston kerääminen ja käsittely ovat erillisiä tutkimuksen vaiheita. Kaikilta tutkitavilta pitää saada vastaukset samoihin kysymyksiin, joten aineiston voi analysoida vasta sitten, kun kaikki tieto on koossa. Ajosuunnitelmaa laatiessani selvitin samalla, millä tietokoneohjelmilla tavoitellut tulosteet parhaiten saavutetaan ja koska analysoitava aineisto ei sisältänyt useita tuhansia rivejä, niin valitsin taulukkolaskentaohjelma Excelin, joka oli siihen riittävä. Ja pystyn laskemaan halutessani yhteenvetotaulukoita, tunnuslukuja, ristiintaulukointeja ja korrelaatiota sekä laatimaan graafisia esityksiä. (Taanila, 2011.)

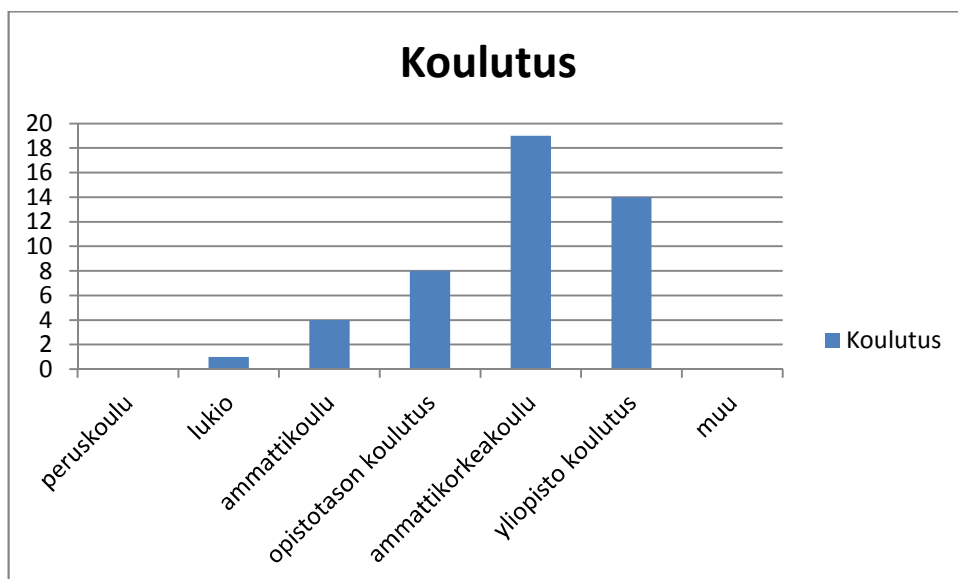
## 11 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 11.1 Vastaajien taustatiedot



Kuvio 1: Vastaajien ikä

Suurimman ikäjoukon muodostivat 30 - 35-vuotiaat, joita oli yhteensä vajaa puolet ( $n=20$ ) vastaajista. Vastaajista 36–40-vuotiaita oli 10. Alle 30-vuotiaita oli 13.



Kuvio 2: Vastaajien koulutus

Vastaajista 19 oli ammattikorkeakoululaisia, 14:llä oli yliopistokoulutus ja kahdeksalla opistotason koulutus.

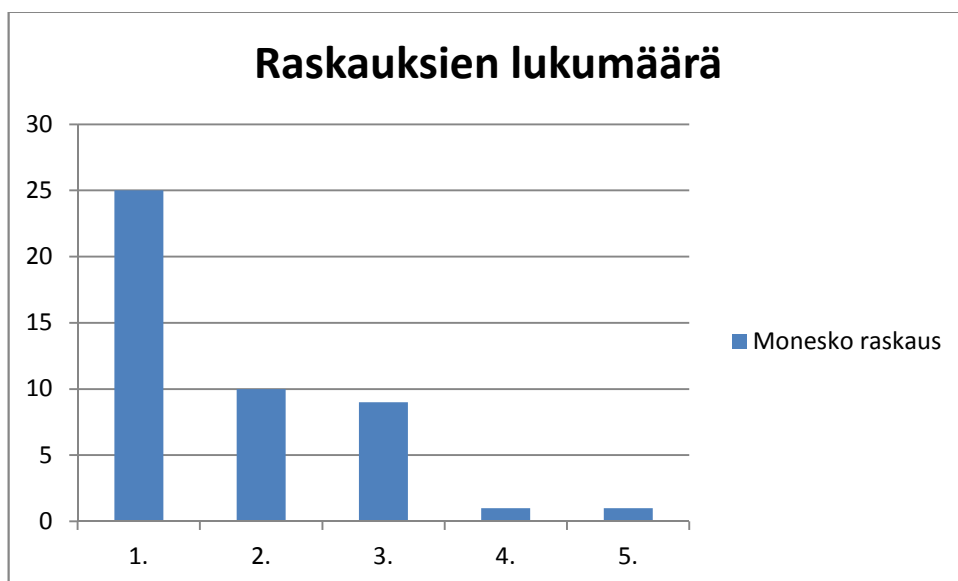


Kuvio 3: Vastaajien siviilisääty

Vastaajista avoliitossa eli yhdeksän ja Avioliitossa 33. Sinkkuja ja eronneita oli molempia kaksi.

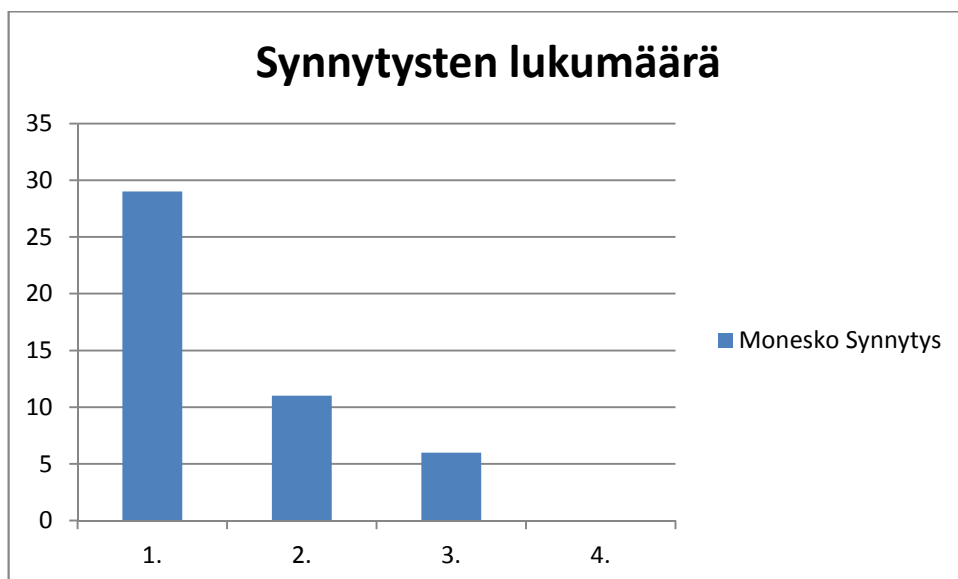


## 11.2 Raskausaika ja synnytys



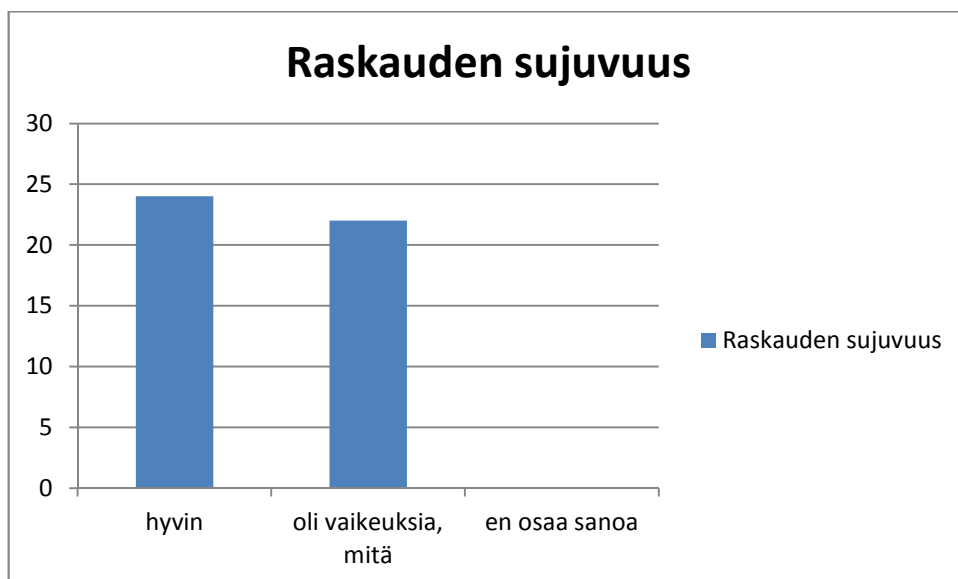
Kuvio 4: Vastaajien raskaus

Vastaajista suurimmalla osalla eli 25:llä oli kyseessä ensimmäinen raskaus, toinen raskaus oli 10:llä ja kolmas raskaus yhdeksällä.



Kuvio 5: Vastaajien synnyttäneisyys

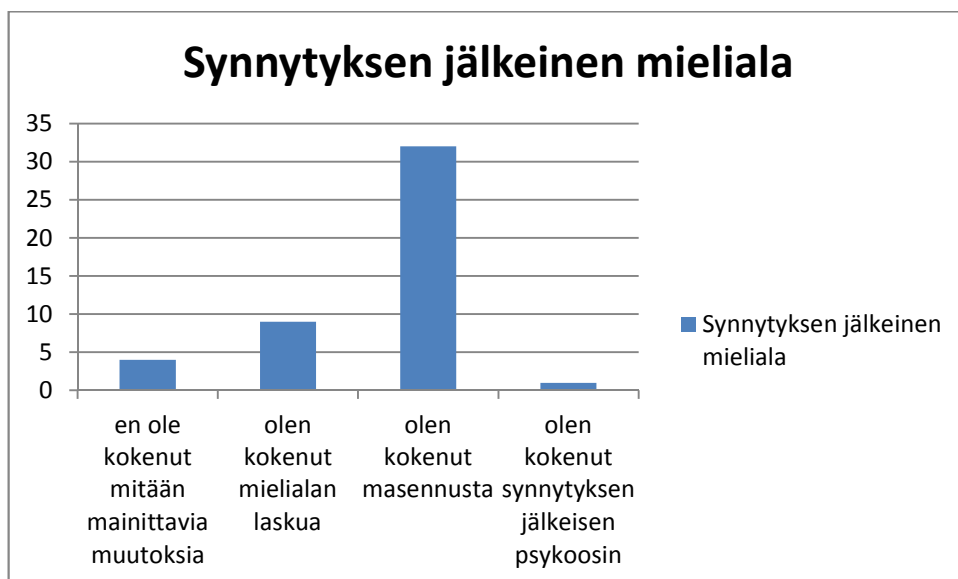
Vastaajista ensisynnyttäjiä oli 29 ja toissynnyttäjiä 11, monisynnyttäjiä oli kuusi.



Kuvio 6: Vastaajien raskauden sujuvuus

Raskaus sujui hyvin 24:llä ja vaikeuksia oli 22:lla., joista yleisimpiä olivat pitkälle edennyt pahoinvointi, raskauden aikainen masennus, ennenaikaiset supistukset tai kaksoisraskauden tuomat ongelmat.

Vastaajista suurimmalla osalla eli 31:llä oli synnytystapana normaali alatiesynnytys, keisarinleikkaus oli yhdeksällä ja avustettu alatiesynnytys esim. imukupiavusteinen viidellä. Epäonnistunut imukuppi tai hätäsektio oli muuna synnytystapana.



Kuvio 7: Vastaajien synnytyksen jälkeinen mieliala

Synnytyksen jälkeen 32 koki masennusta ja 9 koki mielialan lasku, 4 ei kokenut mitään mainittavia muutoksia ja 1 oli kokenut synnytyksen jälkeisen psykoosin.

### 11.3 Varhaisruokinta

Vastaajista 19 oli imettänyt aikaisemmin ja 27 ei ollut imettänyt. Tähän syynä oli ensisynnyttäneisyys. 27 ei ollut imettänyt synnytyssalissa, sillä äidille tehtävä leikkaus tai lapsen vointi sen estivät.

#### 11.4 Imetys vierhoito-osastolla

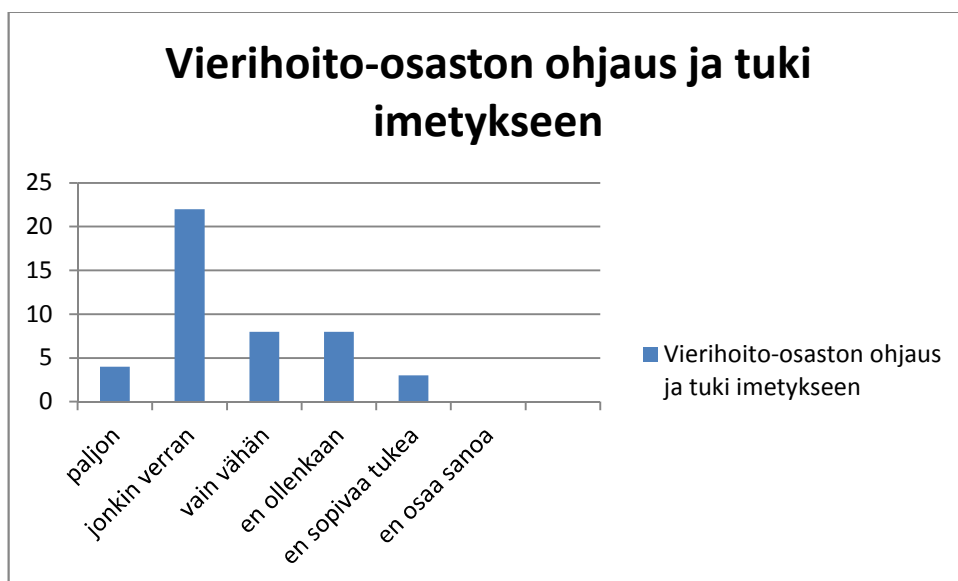
Vastaajista 19 oli imettänyt vierihoidon osastolla ja 27 ei ollut imettänyt. Imettämättömyyteen syinä oli lapsen hoito lasten osastolla.



Kuvio 8: Vastaajien imettämisestä selviytyminen ennen kotiinlähtöä

20 selviytyi imettämisestä hyvin ennen kotiinlähtöä. 25:llä oli vaikeuksia mm. imetysasentoissa, rinnanpäätt rikki, imuote väärä, vauva kärsimätön rinnalla, äiti ei jaksanut sitoutua imetykseen masennuksen vuoksi.

## 11.5 Vierihoidon osaston tuki



Kuvio 9: Vastaajien saama vierihoidon osaston ohjaus ja tuki imetykseen

22 oli saanut mielestään jonkun verran ja ohjausta vierihoidon osastolla ja vain 4 oli saanut tukea paljon. 16 oli saanut tukea vain vähän tai ei ollenkaan ja 3 mielestä tuki ei ollut oikeanlaista.

## 11.6 Neuvolan tuki



Kuvio 10: Vastaajien saama ohjaus ja tuki äitiys- ja lastenneuvolassa

19 oli saanut lastenneuvolasta ohjausta ja tukea vain vähän. Ainoastaan kolme oli saanut paljon tukea. Yhdeksän ei ollut saanut tukea ollenkaan ja viidellä tuki ja ohjaus eivät olleet oikeanlaista heidän tilanteeseen nähden.

## 11.7 Vertaistukiryhmien tuki



Kuvio 11: Vertaistukiryhmältä saatu ohjaus ja tuki imetykseen

25 ei ollut hakeutunut vertaistukiryhmien puoleen ohjauksen ja tuen muodossa. Seitsemän oli saanut paljon ohjausta ja tukea ja seitsemän oli saanut jonkin verran tai vain vähäntukea ja ohjausta vertaistukiryhmiltä.



## 11.8 Läheisten tuki



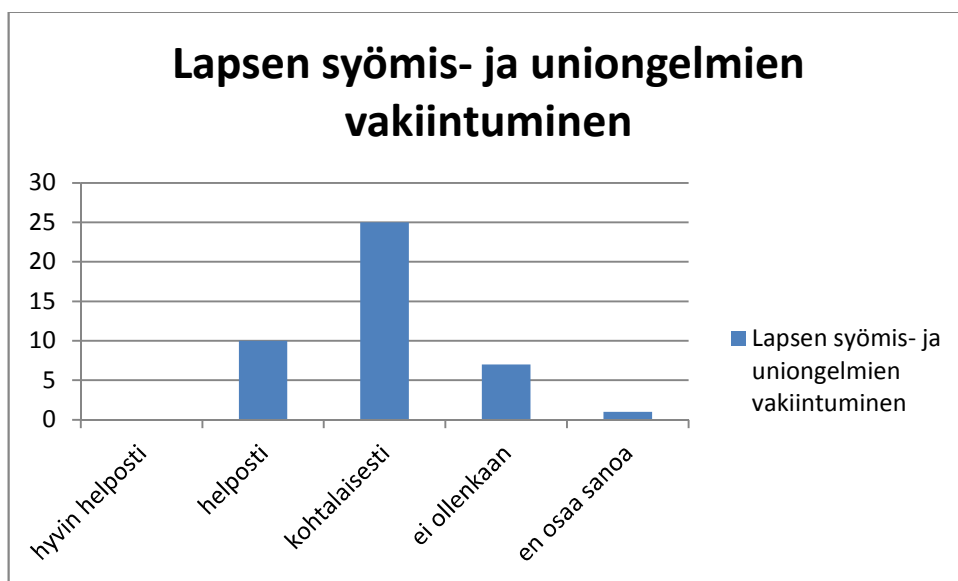
Kuvio 12: Läheisiltä saatu ohjaus ja tuki imetykseen

Suurin osa vastaajista (n=43) oli saanut jonkin laista ohjausta ja tukea läheisiltä ja vain kolme ei ollut saanut tukea tai ohjausta ollenkaan tai se ei ollut oikeanlaista.

## 11.9 Ruokailu- ja unitilanteet

33 vastaajan mielestä imetystilanteet ovat olleet erittäin tärkeitä tai tärkeitä äidin ja lapsen yhdessäolon ja läheisyyden kannalta ja 12:lle ne ovat olleet rasittavia ja vaikeita hoitotilanteita. Yhdeksällä oli ongelmia lapsen syömisen kanssa hyvin paljon tai paljon ja 24:lla ongelmia oli vähän tai ei ollenkaan. 19 vastaajista oli kokemuksia lapsen nukkumisongelmista hyvin paljon tai paljon ja 18 oli ongelmia vähän tai ei ollenkaan.

## 11.10 Lapsen syömis- ja uniongelmien vakiintuminen



Kuvio 13: Lapsen syömis- ja uniongelmien vakiintuminen

35 lapsen syömis- ja uniongelmat vakiintuivat helposti tai kohtalaisesti ja vai seitsemällä lapsella vakiintumista ei tapahtunut ollenkaan.

### 11.11 Yhteenvetoa tutkimustuloksista

Tutkimus kohdistettiin Äimä ry:n rekisteröityihin jäseniin, joista kyselyyn vastasi 46. Suurimman ikäjoukon muodostivat 30–35-vuotiaat. Vastaajista suurimmalla osalla oli ammattikorkea tai yliopistokoulutus. Vastaajista suurin osa eli avioliitossa.

Vastaajista suurimmalla osalla oli kyseessä ensimmäinen raskaus. Raskaus sujui hyvin puolella. Vastaajista suurimmalla osalla oli synnytystapana normaali alatiesynnytys.

Synnytyksen jälkeen yli kolmasosa koki masennusta ja vajaa 10 koki mielialan lasku, vajaa 5 ei kokenut mitään mainittavia muutoksia ja 1 oli kokenut synnytyksen jälkeisen psykoosin.

Vajaa puolet oli imettänyt vierihoito-osastolla. Tähän syinä oli lapsen hoito lasten osastolla.

Vajaa puolet oli saanut mielestään jonkun verran ja ohjausta vierihoito-osastolla ja vain 4 oli saanut tukea paljon. 16 oli saanut tukea vain vähän tai ei ollenkaan ja 3 mielestä tuki ei ollut oikeanlaista. Vajaa puolet oli saanut lastenneuvolasta ohjausta ja tukea vain vähän. Ainoastaan 3 oli saanut paljon tukea. 9 ei ollut saanut tukea ollenkaan ja 5:llä tuki ja ohjaus eivät olleet oikeanlaista heidän tilanteeseen nähden. Pieni osa oli hakeutunut vertaistukiryhmien puoleen ohjauksen ja tuen muodossa ja olivat tukea ja ohjausta myös saaneet. Melkein kaikki olivat saaneet jonkinlaista ohjausta ja tukea läheisiltä.

Suurimmalla osalla vastaajien mielestä imetystilanteet ovat olleet erittäin tärkeitä tai tärkeitä äidin ja lapsen yhdessäolon ja läheisyyden kannalta. Suurimmalla osalla ongelmia lapsen syömisen kanssa oli vähän tai ei ollenkaan. Kokemukset lapsen nukkumisongelmista olivat kaksijakoiset. n 50 % oli ongelmia hyvin paljon tai paljon ja 50 % ongelmia oli vähän tai ei ollenkaan. Suurimmalla osalla

lapsen syömis- ja uniongelmat vakiintuivat helposti tai kohtalaisesti ja vain pienellä osalla vastaajien lapsista vakiintumista ei tapahtunut ollenkaan.

Yhteenvetona voisi sanoa, että vierihoito-osastojen kättilöillä, sairaanhoitajilla ja lastenhoitajilla sekä neuvoloiden terveydenhoitajilla on paljon tietoa imetyksestä ja sen ohjaamisesta, kuitenkin aivan liian usein imetystuki jää vain korulauseiden varaan ilman todellista tukea ja ohjantaa.

Masentuneiden äitien lapsilla ei kuitenkaan suuresti ollut imetys ongelmia tai ongelmia syömis- ja uniongelmiin vakiintumisessa.

## 12 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 12.1 Eettiset kysymykset ja tutkimuksen luotettavuus

Eettiset kysymykset tutkimuksen teossa ovat viime vuosikymmeninä nousseet hyvinkin keskeisiksi kysymyksiksi. Tutkimusta tehtäessä eettisyyden vaikutus on kahtalainen, toisaalta tutkimuksen tulokset voivat vaikuttaa eettisiin ratkaisuihin, toisaalta taas eettiset arvot vaikuttavat tutkijan työssään muodostamiin johtopäätöksiin ja ratkaisuihin. (Tuomi 2007, 145.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa, jossa tutkitaan ihmistä tietoisena ja toimivana subjektina, eettisenä ongelmana voivat olla tutkimusprosessin eri vaiheissa tehdyt ratkaisut, etenkin analyysin suorittamiseen liittyvät ratkaisut. Tutkija on vastuussa uuden tiedon tuottamisesta tutkimusprosessin eri vaiheissa. Tässä tutkimuksessa on pyritty kaikissa vaiheissa raportoimaan tulokset avoimesti ja rehellisesti. (Tuomi 2007 145.)

Tutkittavien henkilöiden on oltava tietoisia tutkimuksen tavoitteista, menetelmistä ja mahdollisista riskeistä. Tutkittavien osallistuminen tutkimukseen on oltava ehdottomasti vapaaehtoista. Tutkimuksessa saavutettavien tietojen on oltava ehdottomasti luottamuksellisia. Kaikkien tutkimukseen osallistuvien on jäätävä nimettömiksi. Tärkeää on, että tutkija noudattaa lupaamiaaan sopimuksia ja takaa sen, ettei tutkimuksen rehellisyyttä missään tilanteessa vaaranneta. Tutkimustulosten raportoinnin on oltava perusteellista. Tutkimuksen eettisyyteen luonnollisesti kuuluu tieteellisen vilpin välttäminen. (Tuomi 2007, 146.)

Tutkimukselle pyydettiin lupa Äimä ry:n hallitukselta ja tutkimusaineisto kerättiin Äimä ry:n jäseniltä. Yhdistys lähetti itse tutkimuksen saatekirjeen ja kyselykavakkeen jäsenilleen sähköpostitse. Saatekirjeessä esitettiin tutkimuksen tarkoitus, aineiston keruumenetelmät sekä kysyttiin halukkuutta tutkimukseen. Vastaajille kerrottiin, että aineiston käsittely tapahtuu luottamuksellisesti ja että heidän henkilöllisyytensä ei tule ilmi missään vaiheessa. Vastaajille informoitiin,

että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja halutessaan he voivat jäädä pois kesken tutkimuksen. Kaikki vastaajat suostuivat vapaaehtoisesti tutkimukseen. Sovittiin myös, että tutkimustulokset tuodaan heidän nähtäväkseen tutkimuksen lopuksi.

## 12.2 Pohdintaa

Opinnäytetyöprosessi on ollut pitkä ja vaativa, ja aiheeni on muotoutunut ja hioutunut prosessin aikana. Prosessi on lisännyt kärsivällisyyttä ja pitkäjännittävyyttä sekä ollut ammatillisen kasvun kannalta opettava. Tiedonhakutaitoni ovat kehittyneet työni avulla merkittävästi, ja myös tutkimusten luotettavuuden arvioiminen on käynyt helpommaksi. Näin voin työelämässä monipuolisemmin hyödyntää hoitotieteen tutkimuksia ja sitä kautta toteuttaa näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Työni on avannut uusia näkökulmia syntymän jälkeisen kättilötyön kehittämiseen. Haluan opinnäytetyön avulla olla mukana edistämässä naisten synnytyksen jälkeistä hoitotyötä.

## 12.3 Jatkotutkimusaiheita

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää äitiys- ja lastenneuvoloiden terveysneuvonnassa, perhevalmennuksissa sekä mahdollisesti synnytyksen jälkeisessä imetysohjauksessa lapsivuodeosastoilla. Jatkotutkimusaiheena, tästä voisi johtaa myös koskemaan keskosten hoitotyötä. Kuinka eroaa täysaikaisten ja keskosten masentuneiden äitien imetykokemukset eli silloin kun on imetyksessä enemmän ongelmia.

### 13 KÄTILÖTYÖN KEHITTÄMISTEHTÄVÄ

Tein kehittämistehtävänä Äimä ry:n kanssa. Opinnäytetyöni teoreettisesta osasta ja jäsenten vastauksista kokosin lyhyen tiivistelmän, joka on liitteenä työn lopussa. Tiivistelmän annoin Äimä ry:n käyttöön ja vastanneille, jotka lähettivät vastauksen mukana sähköpostiosoitteensa lähetin tiivistelmän sähköpostin välityksellä henkilökohtaisesti.

Artikkelissa käsittelen lyhyesti äitiyttä ja vanhemmuutta. Synnytyksen jälkeisestä herkistymisestä, synnytyksen jälkeisestä masennuksesta ja lapsivuodepsykoosista kerron lyhyesti ja mahdollisimman ”maallikkokielellä”. Opinnäytetyön tutkimustulokset tuon myös artikkelin lukijoiden nähtäväksi.

## 14 LÄHTEET

Aula A., Ermi L., Jokinen P., Kunttu V. & Lappalainen A. 1996. Rakkaus Kognitio ja emotio – opintojakso. Tampereen yliopisto. Tampere.

Antikainen I. 2008. Vanhempien ja lapsen välinen vuorovaikutus– kiintymyssuhteen perusta. Luettu 09. 08. 2011  
<http://www.tervesuomi.fi/fi/julkaisu/11710>.

Bredbacka P. & Hietajärvi L. Lapsen sosioemotionaalinen kehitys ja sen häiriöt. Lapsi päihdeperheessä? Helsingin yliopisto. Essee.

Borelius M. (suom. Toivanen R.) 1995. Olet synnyttänyt - huolehdi itsestäsi. Porvoo: WSOY.

Brazelton T. B. 1995. Käännepkohtia – Lapsen kehitys vauvasta kouluikään. Keuruu: Otava.

Brummer M. & Enckell H. 2005. Lasten ja nuorten psykoterapia. Juva: WSOY.

Deans A. 2005. Suuri äitiyskirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Perhemediat Oy.

Eerola K. 1999. Mielenterveyden häiriöt ensisynnyttäjillä. Turun yliopisto. Väitöskirja.

Eerola K. 2000. Synnytyksen jälkeinen psykoosi. Duodecim-lehti. Numero 14 /2000.

Enkovaara A., Malm H., Pelkonen O. & Vähäkangas K. 2008. Lääkkeet raskauden ja imetyksen aikana. Helsinki: Edita Prima Oy. Lääkelaitos.



Eskola K. & Hytönen E. 1998. Naisen elämä ja hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin päihde- ja mielenterveystyön kehittämis-  
hanke. Luettu 10.09.2011 .

[http:// www.pohjanmaahanke.fi](http://www.pohjanmaahanke.fi) → Mietinnän paikka → Mielenterveys → Lapset,  
nuoret ja masennus

Haara M. 1999. Imeväisikäisen motorinen kehitys. Opetusmateriaali. Kuopion  
yliopisto. Luettu 22.5.2011. Avoin yliopisto.  
<http://ffp.uku.fi/intro/motorkeh.htm>.

Haarala P. 2006. Vauvan varjo -kokemuksia synnytyksen jälkeisestä masen-  
nuksesta. Jyväskylä: Kirjapaja OY. Gummerus.

Hartikainen A., Tuomivaara L., Puistola U. & Lang L. 1995. kokoNAINEN raska-  
us–seksi–sairaudet. Porvoo: WSOY.

Herzberg T. 2000. Raskaus ja psyyke Luettu.10.10.2011. Luettu 12.01.2011.  
<http://www.duodecimlehti.fi>.

Huotilainen M. & Pesonen A. 2011. Minä muistan! Vauva-lehti 9/2011.

Hermanson E. 2008. Lapsiperheen oma kirja. Duodecim. Terveyskirjasto. Luet-  
tu 12.04.2011

[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=lok00035](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=lok00035).

Inkinen M. 2001. Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Helsinki: Tammi.

Jouhki T. & Markkanen R. 2007. Perhosen siivin–opas vuorovaikutustanssiin.  
Helsinki: Edita.

Jyväskylän yliopiston kielikeskus. Luettu 20.5.2011.  
[http://kielikompassi.jyu.fi/puheviestinta/tietomajakka/maja\\_perusteita\\_argumentointi.shtml](http://kielikompassi.jyu.fi/puheviestinta/tietomajakka/maja_perusteita_argumentointi.shtml).

Kakkonen H. & Kyllönen K. 2009. Kuin Kengurupussissa–kenguruhoito-ohjeistus hoitajille. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö

Kantero R., Levo H., Österlund K. 2000. Lasten sairaanhoito. Porvoo: WSOY.

Karila I. 1991. Lapsivuodeajan psyykkisten vaikeuksien ennakointi. Jyväskylän yliopisto. Lisenssiaattityö.

Keski-Nisula L. 2011. Lapsen maailma-lehti 4/2011.

Koskinen K. 2008. Imetysohjaus. Helsinki: Editat Prima.

Laakso M. 1999. Lapsen kielellinen kehitys.  
<https://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/1999/10/tiedote-2007-09-18-14-39-09-097013>.

Latvasalo L. 2001. Imetys ja emotionaalinen tuki. Kuopion yliopisto. Pro-Gradu tutkielma.

Leijalla H. Lasten ja nuorten masennus. 2007.  
<http://www.masennustalkoot.fi/> → artikkelit masennuksesta → lasten ja nuorten masennus.

Malmi M., Pulliainen S. & Sirkka S. 2008. Uuden äidin selviytymisopas. Helsinki: Minerva Kustannus oy.

Rossi J. 2005. Lapsi kasvaa ja kehittyy. Mannerheimin lastensuojeluliitto. Vanhempainnetti. Luettu 12.06.2011 <http://www.mll.fi> →vanhempainnetti →tietokulma→vanhemmuus ja kasvatus→lapsen ja vanhemman varhainen vuorovaikutus

Mannerheimin lastensuojeluliitto. Vanhempainnetti. Luettu 12.06.2011. <http://mll.fi> →vanhempainnetti →tietokulma →vanhemmuus ja kasvatus →lapsen ja vanhemman varhainen vuorovaikutus →varhaiset kokemukset ja aivojen kehitys

Morris D. 2008. Vauva – Ihmeellinen tarina elämän kahdesta ensimmäisestä vuodesta. Helsinki: Tammi.

Myllärniemi J. 2009. Masennus - psyyken kipu. Helsinki: Kotimaayhtiöt oy / Kirjapaja.

Mäntymaa M. & Tamminen T. 1999. Varhainen vuorovaikutus ja lapsen psyykinen kehitys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Niemelä M. 2006. Imetysopas – hyvinvointia vauvalle ja äidille. Keuruu: Otavan kirjapaino oy.

Nulpponen J. 2000. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen huomioiminen peruskoulun yläasteen fysiikan opetuksessa. Helsingin yliopisto. Pro-Gradu tutkielma.

Nurminen M. 1998. Lääkehoito. Juva: WSOY.

Paloheimo A. 2005. Tietotekniikan oppimisen tutkimusmenetelmiä. Teknillinen korkeakoulu.Seminaariesitys.

Paananen U., Pietiläinen S., Raussi-Lehto E., Väyrynen P. & Äimälä A. (toim). 2007. Kätilötyö. Helsinki: Edita Prima.

Peltonen L. 1994. Suuri vauvakirja. Porvoo: WSOY.

Puura K. & Tamminen T. Kuka lohduttaisi nytyä? Lapsuusiän masennuksen tunnistaminen. 1997. Suomen lääkäri-lehti. 52/1997

Puura K. 1999. Lapsen masennus. Monistejulkaisu.

Puura K. Lapsen normaali psyykkinen kasvu ja kehitys teoksessa Mäyränpää M. (toim) Terapia Fennica 2007. Kandidaattikustannus.

Rautaparta M. 2010. Raskaus, synnytys ja äitiys-äidiksi omaa kehoa kuunnellen. Helsinki: WSOY.

Reuters Health. 2010. Mom's depression doesn't affect kids' growth. <http://www.reuters.com/article/2010/05/06/us-depression-growth-idUSTRE6453US20100506>.

Saarinen A. 1995. Äitien imetykseen saama sosiaalinen tuki vierihoidon osastolla. Kuopion yliopisto. Tutkielma.

Saarniaho R. 2005. Lapsen kognitiivinen kehitys. <http://opinnot.internetix.fi> → oppimateriaalit → lukiokurssit → PS2 ihmisen psyykkinen kehitys → kehitys ikäkausittain → lapsuuden kognitiivinen kehitys.

Salo E. 2000. Mikä äitiä masentaa? Sairaanhoitaja-lehti nro 4.

Sandeen S., Stuart G., Rankin E. & Cohen S. 1987. Vuorovaikutus -avain hoitotyöhön. Juva: WSOY.

Saviainen Sami 2011. Vyöhyketerapia. TAMK. Luento

Siikström-Kurki M., Turunen S. & Saarela M. 1995. Aistien merkitys vuorovaikutuksessa. [www.papunet.net](http://www.papunet.net) → tietoa sivut → vuorovaikutus → aistit ja vuorovaikutus.

Siltala P. 2006. Nainen ja masennus. Helsinki: Kirjapaja OY.

Silvén M. 2010. Varhaiset ihmissuhteet–polku lapsen suotuisaan kehitykseen. Helsinki:Minerva Kustannus Oy.

Taanila A. 2011. Määrällisen aineiston kerääminen. <http://myy.helia.fi/~taaak/t/suunnittelu.pdf>.

Tammentie T. 2009. Äidin synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutus perheeseen ja perheen vuorovaikutussuhde neuvolan terveydenhoitajan kanssa. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Tamminen T.1990. Äidin masennus, imetys ja varhainen vuorovaikutus. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Imetys puheeksi raskausaikana. Luettu 3.7.2011.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/uutinen?id=26931](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/uutinen?id=26931)

Tuomivaara T. 2005. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus. Tieteellisen tutkimuksen perusteet. Ylivieska:Keski-Pohjanmaan Ammattikorkeakoulu. Opin näytetyö.

Ylikorkala O.& Kauppila A. 2008. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Ylilehto H. 2005. Synnytyksen jälkeinen masennus–Salpautunut ilo. Naisten lapsivuodeajan kokemusten salutogeeninen tarkastelu Oulun yliopisto. Pro-Gradu tutkielma.

Vilkkä H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy,

Väisänen L.2001. Raskaus muuttaa naisen mieltä ja maailmaa. Helsinki: Kirjapaja oy.

Äidit irti masennuksesta. [www.aima.fi](http://www.aima.fi) Luettu 15.12.2010

## 15 LIITTEET

## 15.1 Liite 1: Saatekirje

Hanne Paukkila

09.01.2011

## ARVOISA VASTAAJA

Olen kättilöopiskelija Tampereen ammattikorkeakoulusta ja teen opinnäytetyötä aiheesta Synnytyksen jälkeisen masennuksen vaikutus varhaiseen vuorovaikutussuhteeseen, jonka on tarkoitus valmistua vuoden loppuun mennessä.

Opinnäytteen tavoitteena on tuoda esille synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivien äitien kokemuksia imetyksestä, joka on yksi varhaisen vuorovaikutuksen väylä.

Tutkimukselle on saatu lupa Äimä ry:n hallitukselta ja tutkimusaineisto kerätään Äimä ry:n jäseniltä. Tutkimukseen vastaaminen on vapaaehtoista. Aineiston käsittely tapahtuu luottamuksellisesti ja vastaajien henkilöllisyys ei tule ilmi missään vaiheessa

Toivon, että jaksat vastata kaikkiin kysymyksiin, jotta voin käyttää vastaustasi tutkimuksessani. Juuri Sinun vastauksesi ja kokemuksesi antaa minulle ensiarvoisen tärkeää tietoa, etsiessäni vastausta siihen kuinka masennus vaikuttaa imetyksen onnistumiseen.

Mikäli Sinulle herää kysymyksiä kyselyäni kohtaan, ota rohkeasti yhteyttä.

Toivon, että vastaisit kyselyyn 31.1.2011 mennessä.

Tutkimustuloksista olen tekemässä tiivistelmän. Liitä vastauksesi mukana sähköpostiosoite, niin lähetän sen Sinulle sähköpostitse.

## TÄSTÄ KYSELYYN

Vaivannäöstäsi kiittäen:

Hanne Paukkila

[hanne.paukkila@saunassa.com](mailto:hanne.paukkila@saunassa.com)

## 15.2 Liite 2: Kyselykaavake

1. Ikä \_\_\_\_\_ vuotta

2. Koulutuksenne (viimeinen päästötodistus)

a peruskoulu

b lukio

c ammattikoulu

d opistotason koulutus

e ammattikorkeakoulu

f yliopisto koulutus

g muu, mikä?

3. Siviilisääty

a sinkku

b avoliitossa

c avioliitossa

d eronnut

e leski



4. Kuinka mones raskaus tämä oli teille? \_\_\_\_\_

5. Kuinka mones synnytys tämä oli teille? \_\_\_\_\_

6. Kuinka raskautenne sujui?

a hyvin

b oli vaikeuksia, mitä \_\_\_\_\_

c en osaa sanoa

7. Oliko synnytyksenne

a normaali alatiesynnytys

b avustettu alatiesynnytys (esim. imukuppi)

c keisarinleikkaus

d muu, mikä \_\_\_\_\_

8. Synnytyksen jälkeen

a olen kokenut masennusta

b olen kokenut mielialan laskua

c ei mitään mainittavaa

d en osaa sanoa

9. Oletteko aikaisemmin imettänyt?

a kyllä

b ei, miksi?

10. Saitteko imettää lastanne heti synnytyksen jälkeen synnytyssalissa?

a kyllä

b ei, miksi

11. Imetittekö lastanne vierihoito-osastolla?

a kyllä

b ei, miksi

12. Miten selviyditte imettämisestä ennen kotiinlähtöä?

a hyvin

b vaikeuksia, mitä\_\_\_\_\_

c en osaa sanoa

13. Saitko vierihoito-osastolla ohjausta ja tukea imetykseen)?

a paljon

b jonkin verran

c vain vähän

d en ollenkaan

e en sopivaa tukea

f en osaa sanoa

14. Saitko neuvolassa ohjausta ja tukea imetykseen?

a paljon

b jonkin verran

c vain vähän

d en ollenkaan

e en sopivaa tukea

f en osaa sanoa

15. Oletko saanut läheisiltäsi apua tai tukea vauvan tai kodin hoidossa?

a paljon

b jonkin verran

c vain vähän

d en ollenkaan

e en sopivaa apua tai tukea

f en osaa sanoa

16. Ovatko imetystilanteet Sinun ja lapsesi yhdessäolon ja läheisyyden kannalta Sinulle

- a erittäin tärkeitä hetkiä
- b tärkeitä hetkiä
- c tavallisia ruokintatilanteita
- d vähän rasittavia ja vaikeita hoitotilanteita
- e en osaa sanoa

17. Kuinka paljon ongelmia Sinun lapsellasi on syömisessä?

- a hyvin paljon
- b paljon
- c kohtalaisesti
- d vähän tai ei ollenkaan
- e en osaa sanoa

18. Kuinka paljon ongelmia Sinun lapsellasi on nukkumisessa?

- a hyvin paljon
- b paljon
- c kohtalaisesti
- d vähän tai ei ollenkaan
- e en osaa sanoa

19. Miten Sinun lapsellasi vakiintui säännöllinen syömis- ja unirytm?

- a hyvin helposti
- b helposti
- c kohtalaisesti
- d ei ollenkaan
- e en osaa sanoa

20. Asioita tai kommentteja, joita haluat vielä tuoda julki?

KIITOS VAIVANNÄÖSTÄNNE!

## 15.3 Liite 3: Kätilötyön kehittämistehtävän artikkeli

## Kun nauru muuttuu itkukuksi ja hellyys ärtyisyydeksi

Äidiksi tulemisen ihanuutta hehkutetaan joka tuutista ja se onkin yksi maailman ainutlaatuisimmista asioista. Nykypäivän naiselta vaaditaan kuitenkin hyvin paljon. On pärjättävä niin monessa roolissa, kuten urala, ystävänä, puolisona, äitinä... ”Onnellisia ovat ne jotka eivät suostu ottamaan ympäristön luomia paineita. (Malmi ym. 2008,48.)

Vanhemmuuteen ja uuden lapsen syntymään valmistautuminen on erityisesti juuri äideillä monipolvinen

psykologinen prosessi, jossa ”fantasiavauvas-ta” muodostuu ”ideaalivauva”. Vasta vähitellen syntyy valmius kohdata todellinen vauva. (Äitiyshuollon terveydenhoitajan käsikirja)

Elämä muuttuu ensimmäisen synnytyksen jälkeen huomattavasti enemmän kuin koko raskauden aikana. Naisesta tulee yhdessä hetkessä nainen, eikä hän ole enää koskaan yksin. Lapsi ei käy vain vierailulla, vaan hän tulee ja jää ja tarvitsee täyden palvelun 24 tuntia vuorokaudessa. Hänen hellyyden tarpeensa on suunnaton, eikä hän ole vielä pitkään aikaan valmis elämään äidistä fyysisesti erillistä elämää. Hän kuuluu äidin syliin vielä pit-

kään. (Rautaparta 2010, 149.)

Kielteisiä tunteita ei yleensä liitetä äitiyteen, eivätkä naiset halua äitiyden olevan poikkeustila. Se on monimutkainen kokemus, joka vaatii muutosta, menetystä ja uudelleen sitoutumista. Arjen ongelmat ovat kaikkialla hyvinkin samanlaisia. Lapsiperheet kamppailevat samojen jokapäiväisten asioiden kanssa, joista aina jollakin tavalla selvitään. Kun masennus alkaa häiritä jokapäiväistä elämää, se tuntuu pelottavalta. (Väisänen 2001, 149)

Synnytyksen jälkeinen masennus ja muut psyykkiset oireyhtymät on eri kulttuureissa tunnettu jo vuosisato-



jen ajan, mutta edelleen synnytyksen jälkeiset psyykkiset oireyhtymät ovat huomosti tunnistettuja ja hoidon saaminen vaikeaa. (Haarala 2006, 11.)

Synnytyksen jälkeiset psyykkiset häiriöt luokitellaan kansainvälisesti kolmeen ryhmään niiden vaikeusasteen mukaan: synnytyksen jälkeinen herkistyminen, synnytyksen jälkeinen masennus ja synnytyksen jälkeinen psykoosi. Synnytyksen jälkeiseen lapsivuodeaikaan liittyy lisääntynyt riski kielteisiin mielialamuutoksiin, jotka voivat vaatia ammattilaisen arviota. (Hartikainen ym. 1995, 297.)

## **Lapsivuoteessa**

### **soi blues**

Synnytyksen jälkeinen

herkistyminen (baby blues) on niin yleistä, että sitä pidetään lähes normaalina reaktiona eikä psyykkisenä häiriönä. Sitä esiintyy 50 - 85 prosentilla synnyttäneistä. Herkistymiselle tyypillisiä oireita ovat ohimenevä itkuisuus, mielialan ailahtelu ja ärtyisyys, mahdollisesti ruokahäilyttömyys ja unihäiriöt. Oireet ovat pahimmillaan kolmesta viiteen päivään synnytyksen jälkeen ja ne häviävät yleensä kahdessa viikossa. Koska oireet ovat ohimeneviä ja lieviä, hoitoa ei tarvita. Oireita pidetään uuden elämäntilanteen sopeutumisoireina, mutta myös hormonaalisilla tekijöillä uskotaan olevan merkitystä. (Siltala 2006, 182 - 185.)

## **Äitiyden ulkopuolella**

Synnytyksen jälkeinen masennus on hyvin samankaltaista kuin masennus muissakin elämäntilanteissa.

Varsinainen synnytyksen jälkeinen masennus alkaa tavallisimmin noin kuukauden kuluessa synnytyksestä, mutta se voi alkaa vasta vuoden kuluttua. Masentuneen äidin mielentilassa keskeisenä tuntona on "äitiyden ulkopuolella oleminen". Äiti ei jaksaa keskittyä, päättämättömyys ja epäröinti voimistuvat hänen toimissaan. Masentuneella äidillä on unihäiriöitä enemmän kuin äideillä yleensä. Ruokahalu vaihtelee ahmimisesta syömättömyyteen. Äidin liikkeet hidastuvat ja pysähtyvät. Jos masennus vaihtelee maanisten tilojen kanssa, äiti on kiihtynyt, levoton, syöksyy tilasta toiseen

ja idealisoi epäaidosti vauvaa ja itseään äitinä. Masennuksen tilassa äidillä on syyllisyyttä, epäluuloisuutta, tarkoituksettomuuden, toivottomuuden, päättämättömyyden ja arvottomuuden tunteita. Äiti tuntee olevansa tyhjä ja toivoton, ja mielihyvän kokemukset ovat vähäisiä. Hän ei voi nauttia äitiydestään eikä vauvastaan, vaan on väsynyt. Vakava masennus voi kestää tavallisesti puoli vuotta ja joskus toipuminen vie 3-4 vuotta. Synnytyksen jälkeinen masennus on hoidettavissa, mutta moni äiti jää ilman asianmukaista tukea sekä apua. Häpeä ja pelko vaikuttavat myös avunsaannin hakemiseen sekä sairauden myöntämiseen. Siksi vertaistuki on muiden hoitomuotojen (Selektiivisiä serotoniinin takaisinoton estäjiä, hormonihoitoa, keskusteluterapiaa

yms.) ohella yksi äitien tärkeimmistä tuista ja avuista. (Hartikainen ym. 1995, 297.)

Masentunut äiti voi tuntea myös syyllisyyttä omasta masennuksesta ja siitä ettei osaa iloita vauvasta tai äitinä olemisestaan. Vauvan syntymä on iso mullistus naisen ja koko perheen elämässä, eikä näin ollen masentumistaan ja riittämättömyyden tunteita tarvitse hävetä. (Niemi 2006, 107.)

Yhteenvedona masennuksen käynnistää synnytyksen jälkeinen hormonimuutos, mutta sitä lisäävät äidin kokemukset eli ympäristötekijät. Tai että vapaus on hävinnyt ja kotona olo vauvan kanssa tuo myös vastuuta kaikesta muustakin. Jotkut äidit ovat myös herkempiä, mihin vaikuttaa heihin kohdistuvat suurem-

mat paineet. Mutta heidän miehensä eivät pysty tukemaan heitä tai sukulaisista ja ystäväistä ei ole avuksi. Elinympäristö voi olla huono, esim. taloudellinen tilanne on keho, voi olla alkoholismiakin. Taustalla voi olla myös vaikea lapsuus. He voivat olla rakenteeltaan haavoittuvaisempia. He ovat perinnöllisesti herkkiä tai heillä voi olla aggressiivisuudesta johtuvia itsehillinnän ongelmia. synnytyskin on voinut olla hyvin vaikea ja jättänyt pitkäaikaisia jälkiä. Imetyshormonit vaikuttavat jokaiseen eri tavalla. Vauvan luonne myös vaikuttaa. (Eerola 1999, 37–38.)

## **Kun realiteetintaju hämärtyy...**

Lapsivuodepsykoosit ovat harvinaisia. Jos psykoosi on kehittyäk-

seen, se puhkeaa kahden viikon kuluttua synnytyksestä. Ympäristö ei voi olla huomaamatta oireita, joita ovat mm. yliaktiivisuus, mielialojen raju vaihtelu, äiti ei syö, ei nuku, puhuu jatkuvasti, kuulee ääniä, vahingoittaa itseään. Tilanne vaatii erikoislääkärin hoitoa ja usein sairaalahoitoa. (Hartikainen ym. 1995, 297.)

### Yhteenvetoa...

Naisten synnytyksen jälkeisistä psyykkisistä vaikeuksista voidaan todeta, että **herkistyminen** on melko yleinen, joka poistuu nopeasti ja on näin ollen vain sopeutumisreaktio. Ikävintä siinä on, että se ilmaantuu juuri siinä vaiheessa kun äiti on lähdössä kotiin vauvan kanssa ja vastuu siirtyy kokonaan hänelle. Masennuksen tunteita ja muita lieviä

oireita esiintyy noin 20–25 %. **Masennusta** psykiatrisen diagnoosiluokituksen mukaan esiintyy noin 10 prosentilla. Masennus voi vaihdella yksilöittäin ja sen mukaan kuinka kauan synnytyksestä on kulunut. Sairaalahoitoa vaativan **vakavan psykiatrisen häiriön** esiintyvyys on noin 2 promillea (2 naista 1000 synnytystä kohden). Lapsivuodepsykoosit ja lievemmät oireet ovat yksinomaan mielialahäiriöitä, joilla on korkea uusiutumisen todennäköisyys.

Psyykkisten vaikeuksien kesto on 3 kk:sta vuosiin, joten psykiatrisen avohoito tai terapia on ajankohtaista. (Karila 1991, 22–23.)

Kokonaisuudessaan äidin masennus voidaan aina hoitaa ja asianmukaisesti hoidettuna varsin nopeastikin. Keskeisintä on

aikainen tunnistaminen ja tehokas, yksilöllinen hoito. Esteinä ovat hidas hoitoon hakeutuminen, tiedon puute ja ennakkoluulot. Estradiolihoito on luonnonmukaisen tilan korjaamista, kunnes naisen oma estrogeenituotanto palautuu. Siksi siihen voidaan yhdistää mitä muuta hoitomuotoa tahansa, jopa masennuslääkkeitä ja psykoterapeuttista tukea ja tukiryhmiä. Kun äidin voimat ovat palanneet, tukiverkoston hyvä hyödyntäminen on helpompaa. (Haarala 2006, 21.)

Masentuneen äidin hoidossa tulisi mahdollisuuksien mukaan pyrkiä aina juuri varhaisen vuorovaikutuksen tukemiseen, mutta myös äidin itsensä hoitoon ja tukemiseen, vauvan hoitoon, isän ja vauvan vuorovaikutukseen sekä koko per-

heen hoitoon. (Siltala 2006, 194–195.)

Vuorovaikutuksen kannalta ovat uudet tutkimustulokset vastasyntyneillä tuoneet mukanaan ainakin kolme merkittävää johtopäätöstä. Ensiksi lapsi on syntymästä lähtien erityisesti ja valikoivasti reagoiva inhimillisille ominaisuuksille. Suurin aktiivinen kiinnostuksen kohde ovat ihmiskasvot. Myös useimmat tutkimukset ovat osoittaneet, että lapsella on alttius reagoida erityisesti ihmisäänelle. On todettu, että lapsi pysyy erottamaan ihmisen toiminnan muusta tapahtumasta. Toisena johtopäätöksenä on muodostunut, että vastasyntynyt kykenee vuorovaikutukselliseen ilmaisuun. Tutkimukset ovat osoittaneet, että vastasyntyneen kasvolihakset toimivat yhdessä hyvin samalla

tavalla kuin vaaditaan aikuisen kasvoneleiden muodostamiseen. Tästä johtuu, että vastasyntyneen kasvot ovat hyvin ilmeikkäät. Kolmanneksi vastasyntyneet tottuvat ja mieltyvät tiettyihin ominaisuuksiin joita heitä vakituisesti hoidavilla henkilöillä on. Oman äidin kasvoihin vauva tottuu heti syntymän jälkeen ja äidin ääneen jo 1–2 vuorokauden kuluessa. Äidin rintamaidon muusta rintamaidosta vauva erottaa hajun perusteella 5–6 vuorokauden iässä. Äidin muusta naisesta vauva erottaa kahden viikon iässä kun hänet nostetaan pimeässä ja ääneti syliin. (Tamminen 1990.)

## **Äitiyden paremmuutta ei mitata litran mitalla**

Raskauden aikana aloitettu imetysohjaus lisää imetystä ja tukee varhaista vuorovaikutusta. Imetysohjauksen tavoitteena on motivoita tulevia vanhempia imetykseen sekä tarjota käytännönläheistä tietoa siitä, miten imetys onnistuu. Myös lapsen isä on tärkeä huomioida raskaudenajan imetysohjauksessa, sillä hän on usein äidin tärkein tuki ja. Imetysohjausta annetaan tällä hetkellä äitiysneuvoloissa vaihtelevasti. (Koskinen 2008.)

Rintaruokinnan aloittaminen on usein hetki, jossa äiti ja lapsi kohtaavat toisensa erillisinä ensimmäisiä kertoja sekä fyysisesti että psyykkisesti. "Tässä luodaan näytämä varhaiselle vas-

tavuoroisuudelle."

Vastasyntyneet ovat hyvin erilaisia. Toiset ovat alkujaan aktiivisesti ja tarttuva heti oikealla otteella tarjottuun rintaa hyvin hana-  
nakasti. Jos äidiltä tulee rintamaitoa herkäs-  
ti ja runsaasti, vasta-  
vuoroisuus saa tältä osin hyvän alun ja on äidille tyydyttävä ja itsetuntoa kohentava kokemus. Jos taas lapsi onkin unelias ja passiivinen eikä halua imeä äidin tarjoamaa rintaa, kokee äiti tämän voimakkaana epäonnistumisena.

Hänen tarjoamisensa ei kelpaa lapselle ja huoli lapsen ravinnon saamisesta täyttää mielen. Öiden nukku-  
miset, kontaktin vau-  
van seurustelun tarve ovat muita tällaisia seikkoja, joissa voi tulla ongelmia sekä pettymyksiä ja voivat toimia laukaisevana tekijänä masennuk-

seen. (Myllärniemi 2009, 130–131.)

Imetystä suojellaan ja tuetaan monin eri ta-  
voin ainakin paperilla. Kuitenkin aivan liian usein imetystuki kui-  
tenkin jää korulausei-  
den varaan, ne alkavat "äidinmaito on parasta ravintoa lapselle..." ja päättyvät "...mutta korvikkeillakin kasvaa terveitä lapsia!" Kun ensimmäiset ime-  
tysongelmat ilmenevät, äiti ei välttämättä edes tunnista niitä ongel-  
miksi, eikä näin ollen niitä pysty korjaamaan ennen kuin on liian myöhäistä. Imetys-  
myönteisyys jää puoli-  
tiehen aina kun äidille kerrotaan miksi on hy-  
vä imettää, mutta ei sitä miten he sen teke-  
vät. (Niemelä 2006, 114–115.)

Rintaruokinnan vaiku-  
tuksesta masennuk-  
seen on ristiriitaista tietoa: Toisaalta rinta-

ruokinnalla on vaiku-  
tusta masennukseen jolloin syyt olisivat pro-  
laktiinipitoisuuden muutoksista. Toisaalta taas masennus on yh-  
distetty nimenomaan rintaruokinnan puut-  
teeseen ja lyhyyteen. (Niemelä 2006, 114–115.)

On havaittu, että se miten äidinmaidosta ja imetyksestä puhumi-  
nen on alentavaa. Äi-  
dinmaidon sanotaan olevan täydellisintä ja imetyksen paras vaih-  
toehto. Imettävä äiti ei useinkaan tunne ole-  
vansa aivan "tip-top-  
täydellinen". Hän voi olla hämmentynyt, pe-  
loissaan, epävarma ja väsynyt ja tuntea huo-  
nommuutta ja osaa-  
mattomuutta. (Niemelä 2006, 114–115)

Niinpä nykyään suosi-  
tellaankin, että imetys-  
tä ja äidinmaitoa sa-  
nottaisiin mieluummin lapsen normaaliksi

ravinnoksi. Vääristymä kielenkäytössä johtuu usein siitä, että länsimaissa korvikeruokinta on totuttu ajattelemaan normaalitilana, vaikka sitä pitäisi ajatella normaalista poikkeavana. Verrattaessa imetettyjä ja korvikeruokittuja lapsia, sanotaan että imetetyt lapset ovat terveempiä, vaikka pitäisi sanoa, että korvikeruokituilla lapsilla esiintyy enemmän sairauksia imetettyihin lapsiin verrattuna. (Niemelä 2006, 114–115)

On huomattu, että pelkkä kirjallinen aineisto ei riitä motivoimaan äitejä imetykseen, vaan ohjauksen tulee olla vuorovaikutteista ja henkilökohtaista. Myös ryhmämuotoinen, vuorovaikutteinen ohjaus voi toimia imetyksen edistäjänä. Erityisesti ensisynnyttäjät hyötyvät muiden imettävien äi-

tien tapaamisesta ja keskustelusta imetyksen ja vauvanhoidon arjesta. (Koskinen 2008.)

Neuvonnalla tuetaan lapsen ja vanhemman välistä vuorovaikutusta sekä vahvistetaan äidin voimavaroja imetykseen. Myös imetysohjauksen tuoreet hoitotyön suositukset korostavat raskausajan imetysohjauksen merkitystä. (Koskinen 2008.)

## **Opinnäytetyön tutkimusosa**

Opinnäytetyön tutkimusosan tarkoituksena oli selvittää masennuksen vaikutusta varhaiseen vuorovaikutukseen ja eritoten imetykseen. Tutkimukselle pyydettiin lupa Äimä ry:n hallitukselta ja tutkimusaineisto kerättiin Äimä ry:n jä-

seniltä. Yhdistys lähetti tutkimuksen saatekirjeen ja kyselykaavakkeen jäsenilleen sähköpostitse. Saatekirjeessä esitettiin tutkimuksen tarkoitus, aineiston keruumenetelmät sekä kysyttiin halukkuutta tutkimukseen. Vastaaajille kerrottiin, että aineiston käsittely tapahtui luotamuksellisesti ja että heidän henkilöllisyytensä ei tule ilmi missään vaiheessa. Vastaaajille informoitiin, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja halutessaan he voivat jäädä pois kesken tutkimuksen. Kaikki vastaajat suostuivat vapaaehtoisesti tutkimukseen. Sovittiin myös, että tutkimustulokset tuodaan heidän nähtäväkseen tutkimuksen lopuksi.

Tutkimus kohdistettiin Äimä ry:n rekisteröityihin jäseniin, joista kyselyyn vastasi 46.

Suurimman ikäjoukon muodostivat 30 – 35-vuotiaat, joita oli yhteensä vajaat puolet (n=20) vastaajista.

Vastaajista suurimmalla osalla oli ammattikorkea tai yliopistokoulutus.

Vastaajista suurin osa eli avioliitossa.

Vastaajista suurimmalla osalla (n=25) oli kyseessä ensimmäinen raskaus.

Raskaus sujui hyvin n 50 %:lla (n=24) ja vaikeuksia oli 22:lla, joista yleisimpiä oli pitkälle edennyt pahoinvointi.

Vastaajista ensisynnyttäjiä oli suurin osa (n=29), toissynnyttäjiä 11, monisynnyttäjiä oli 6.

Vastaajista suurimmalla osalla (n=29) oli synnytystapana nor-

maali alatiesynnytys, keisarinleikkaus oli 9:llä ja avustettu alatiesynnytys esim. imukuppiavusteinen. Epäonnistunut imukuppi tai hätäsektio oli synnytystapana vaihtoehdossa muu.

Synnytyksen jälkeen yli 30 koki masennusta ja vajaa 10 koki mielialan laskua, vajaa 5 ei kokenut mitään mainittavia muutoksia ja 1 kokenut synnytyksen jälkeisen psykoosin.

Vastaajista 19 oli imettänyt synnytyssalissa ja 27 ei ollut imettänyt synnytyssalissa, sillä äidille tehtävä leikkaus tai lapsen vointi sen estivät.

Vajaa puolet (n=19) oli imettänyt vierihoidosastolla ja 27 ei ollut imettänyt. Tähän syinä oli lapsen keskosuus tai muun syyn vuoksi hoito lastenosastolla.

20 selviytyi imettämisestä hyvin ennen kotiinlähtöä. 25:llä oli vaikeuksia mm. imetysasennoissa, rinnanpäätt rikki, imuote väärä, vauva kärsimätön rinnalla, äiti ei jaksanut sitoutua imetykseen masennuksen vuoksi.

22 oli saanut mielestään jonkun verran ja ohjausta vierihoidosastolla ja vain 4 oli saanut tukea paljon. 16 oli saanut tukea vain vähän tai ei ollenkaan ja 3 mielestä tuki ei ollut oikeanlaista ohjausta.

Neuvolasta ainoastaan 3 oli saanut paljon tukea, 19 oli saanut vähän tukea ja ohjausta. 9 vastaajaa ei ollut saanut tukea ollenkaan ja 5:llä tuki ja ohjaus eivät olleet oikeanlaista heidän tilanteeseensa nähden.

25 ei ollut hakeutunut vertaistukiryhmien

puoleen ohjauksen ja tuen muodossa. / oli saanut paljon ohjausta ja tukea ja 7 oli saanut jonkin verran tai vain vähän.

Melkein kaikki (n=43) olivat saaneet jonkinlaista ohjausta ja tukea läheisiltä.

72 % (n=33) vastaajien mielestä imetystilanteet ovat olleet erittäin tärkeitä tai tärkeitä äidin ja lapsen yhdessäolon ja läheisyyden kannalta 12:lla ne ovat olleet rasittavia ja vaikeita hoitotilanteita.

Pienellä osalla oli ongelmia lapsen syömis-  
sen kanssa hyvin paljon tai paljon ja Suurimmalla osalla (n=24) ongelmia oli vähän tai ei ollenkaan.

Kokemukset lapsen nukkumisongelmista olivat kaksijakoiset. n 50 % oli ongelmia hy-

vin paljon tai paljon ja 50 % ongelmia oli vähän tai ei ollenkaan.

Suurimmalla osalla (n=35) lapsen syömis- ja uniongelmat vakiintuivat helposti tai kohtalaisesti ja vain pienellä osalla vastaajien lapsista vakiintumista ei tapahtunut ollenkaan.

Tyypillinen synnytyksen jälkeisestä masennuksesta kärsivä potilas on 30 - 35 - vuotias korkeasti koulutettu, turvallisessa parisuhteessa elävä. Heillä kyseessä on ollut ensimmäinen raskaus. Synnytystapana oli normaali alatiesynnytys.

Monet äidit toivat lisäksi julki, että he kokivat huonoa omaatuntoa liian aikaisin imetyksen lopettamisesta. Mutta kun he olivat tehneet tämän periaatepäätöksen, he koki-

vat että vuorovaikutus lapseen korjaantui ja muuttui molempia tyydyttäväksi. Imetys muuttaa hormonitoimintaa, ja tämä tilanne saattaa aiheuttaa masennusta. Imetyksen lopettaminen ei välttämättä lopeta synnytyksen jälkeistä masennusta. Se riippuu siitä, missä masennuksen juuret loppujen lopuksi ovat.

Pullorumba ei välttämättä helpota väsyneen äidin tilannetta. Jos äiti saa apua koti-  
töihin, tukea ja imetyksen sujumaan, imetys antaa silloin hänelle myös lukuisia päivittäisiä lepohetkiä samalla kun se vahvistaa äidin ja vauvan suhdetta. (Niemelä 2006, 107.)

Ajatus, joka myös tuli esille oli: kumpi oli ensin masennus ennen imetystä vai imetyksen epäonnistumisesta johtuva masennus.



Voidaan myös sanoa, että vierihoidon osastojen kättilöillä, sairaanhoitajilla ja lastenhoitajilla sekä neuvoloiden terveydenhoitajilla on paljon tietoa imetyksestä ja sen ohjaamisesta. Kuitenkin aivan liian usein imetystuki jää vain korulauseiden varaan ilman todellista tukea ja ohjantaa.

Imetyskokemuksen myönteisyyteen on osaltaan vaikuttanut myös vauvan syömis-  
sen sujuvuus, nukku-  
minen sekä nukkumis-

ja syömisrytmin vakiintuminen. Suurin osa on kuitenkin sitä mieltä, että imetys tilanteet ovat erittäin tärkeitä äidin ja lapsen yhdessäolon ja läheisyyden kannalta ja osalle ne olivat muodostuneet rasittaviksi ja vaikeiksi tilanteiksi.

Raskauden aikana aloitettu imetysohjaus lisää imetystä ja tukee varhaista vuorovaikutusta. Imetysohjauksen tavoitteena on motivoida tulevia vanhempia imetykseen sekä tarjota käytännönlä-

heistä tietoa siitä, miten imetys onnistuu. Myös lapsen toinen vanhempi on tärkeä huomioida raskaudenajan imetysohjauksessa, sillä hän on usein äidin tärkein tuki. Imetysohjausta annetaan tällä hetkellä äitiysneuvoloissa vaihtelevasti.

Hanne Paukkila

Kättilöopiskelija (AMK)

Tampereen ammattikorkeakoulu

Artikkelissa käytettyjä lähteitä:

Koskinen K. 2008. Imetysohjaus. Helsinki: Edita Prima.

Myllärniemi J. 2009. Masennus–psyhyken kipu. Helsinki: Kotimaayhtiöt oy / Kirjapaja.

Niemelä M. 2006. Imetysopas–hyvinvointia vauvalle ja äidille. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Tamminen T.1990. Äidin masennus, imetys ja varhainen vuorovaikutus. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.